



NANDA INTERNATIONAL

ND

DIAGNOSTICOS ENFERMERÍA

Definiciones y clasificación

2021–2023

Duodécima edición



 Thieme

Para acceder al contenido multimedia adicional disponible con este libro electrónico a través de Thieme MedOne, utilice el código y siga las instrucciones que se proporcionan al final del libro electrónico.

NANDA International, Inc.

Diagnósticos de enfermería

Definiciones y clasificación

2021–2023

Duodécima edición

Editado por

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI,

FAAN Shigemi Kamitsuru, PhD, RN,

FNI Camila Takáo Lopes, PhD, RN, FNI

Thieme

Nueva York • Stuttgart • Delhi • Rio de Janeiro

Los datos de catalogación en publicación de la Biblioteca del Congreso están disponibles en el editor.

Para obtener información sobre la licencia del sistema de diagnóstico de enfermería NANDA Internacional (NANDA-I) o permiso para usarlo en otros trabajos, envíe un correo electrónico a: naanda-i@thieme.com ; Puede encontrar información adicional sobre el producto visitando: www.thieme.com/nanda-i.

© 2021. NANDA Internacional. Reservados todos los derechos.

Thieme Medical Publishers, Inc.
333 Seventh Avenue, piso 18
Nueva York, NY 10001, EE. UU.
www.thieme.com
+ 1-800-782-3488
customerservice@thieme.com

Diseño de portada: © Thieme
Fuente de la imagen de portada: © Gorodenkoff / stock.adobe.com -foto de stock. Posado por modelos
Composición tipográfica de DiTech Process Solutions, India; componer utilizando Arbortext.
Impreso por Marquis, Canadá

DOI 10.1055 / b000000515

ISBN 978-1-68420-454-0
ISSN 1943-0728

6 5 4 3 2 1

También disponible como libro electrónico:
eISBN 978-1-68420-455-7

Nota importante: la medicina es una ciencia en constante cambio en continuo desarrollo. La investigación y la experiencia clínica están ampliando continuamente nuestro conocimiento, en particular nuestro conocimiento sobre el tratamiento adecuado y la farmacoterapia. En la medida en que este libro mencione cualquier dosis o aplicación, los lectores pueden estar seguros de que los autores, editores y editores han hecho todo lo posible para asegurar que dichas referencias estén de acuerdo con el estado de conocimiento en el momento de la producción del libro.

Sin embargo, esto no implica, implica ni expresa garantía o responsabilidad alguna por parte de los editores con respecto a las instrucciones de dosificación y formas de aplicación indicadas en el libro. Se solicita a cada usuario que examine cuidadosamente a los fabricantes folletos que acompañan a cada medicamento y para verificar, si es necesario en consulta con un médico o especialista, si los esquemas de dosificación mencionados en ellos o las contraindicaciones indicadas por los fabricantes difieren de las declaraciones hechas en el presente libro. Este examen es especialmente importante en el caso de medicamentos que se utilizan con poca frecuencia o que se han lanzado recientemente al mercado. Cada programa de dosificación o cada forma de aplicación utilizada es totalmente en el usuario responsabilidad y riesgo propios. Los autores y editores solicitan a todos los usuarios que informen a los editores sobre cualquier discrepancia o inexactitud detectada. Si se encuentran errores en este trabajo después de la publicación, las erratas se publicarán en www.thieme.com en la página de descripción del producto.

Algunos de los nombres de productos, patentes y diseños registrados a los que se hace referencia en este libro son de hecho marcas comerciales registradas o nombres de propiedad, aunque no siempre se hace referencia específica a este hecho en el texto. Por lo tanto, la aparición de un nombre sin la designación de propietario no debe interpretarse como una representación por parte del editor de que es de dominio público.

Este libro, incluidas todas sus partes, está protegido legalmente por derechos de autor. Cualquier uso, explotación o comercialización fuera de los estrechos límites establecidos por la legislación de derechos de autor, sin que el editor's

consentimiento, es ilegal y puede ser procesado. Esto se aplica, en particular, a la reproducción, copia, mimeografía, preparación de microfilmes y procesamiento y almacenamiento de datos electrónicos mediante fotostática.

Dedicación

La Junta Directiva de NANDA International, Inc. quisiera dedicar este libro a las enfermeras que trabajan en la primera línea de la pandemia de COVID-19. Honramos su valentía y dedicación durante este tiempo. Especialmente deseamos reconocer a aquellas enfermeras que perdieron la vida mientras cuidaban a pacientes y familias.

Prefacio

El Año Internacional de la Enfermera y la Partera comenzó con una batalla con COVID-19. No puedo agradecer lo suficiente a los profesionales de la salud que atienden a los pacientes a pesar, en ocasiones, de la falta de equipo de protección. Escribo esto porque el impacto de COVID-19 continúa en todo el mundo. Espero que para cuando lea este texto, se han desarrollado tratamientos efectivos y medidas preventivas que están disponibles para todos.

Hace un tiempo, una enfermera que luchaba en primera línea me preguntó: "¿Qué diagnóstico de enfermería debo utilizar para pacientes con COVID-19?" Esta pregunta me recordó la necesidad de enfatizar repetidamente el significado del diagnóstico de enfermería. Más importante aún, los pacientes con el mismo diagnóstico médico no necesariamente tienen las mismas respuestas humanas (diagnósticos de enfermería). Asimismo, los pacientes con el mismo genotipo de infección por coronavirus no necesariamente tienen las mismas respuestas humanas. Es por eso que, antes de brindar la atención adecuada a cada paciente, las enfermeras deben realizar una evaluación de enfermería e identificar sus respuestas únicas (diagnósticos de enfermería). Incluso en momentos como los que enfrentamos hoy, las enfermeras deben identificar lo que diagnosticamos y tratamos de manera independiente en relación con los pacientes y sus familias, que son diferentes de los diagnósticos médicos. Si las enfermeras han documentado adecuadamente los diagnósticos de enfermería de los pacientes con COVID-19 y sus familias, entonces, en un futuro cercano, podremos identificar los puntos en común y las diferencias en sus respuestas humanas, desde una perspectiva internacional.

En esta 2021-En la versión 2023, la duodécima edición, la clasificación proporciona 267 diagnósticos, con la adición de nuevos diagnósticos. Cada diagnóstico de enfermería ha sido producto de uno o más de nuestros muchos voluntarios de NANDA International (NANDA-I), y la mayoría tiene una base de evidencia definida. Cada nuevo diagnóstico ha sido revisado y refinado por los miembros de nuestro Comité de Desarrollo de Diagnóstico (DDC) asignados como revisores principales y por expertos en contenido, antes de recibir la aprobación de DDC. Esta aprobación de DDC no significa que el diagnóstico sea "terminado" o "listo para ser usado" en todos los países o áreas de práctica. Todos sabemos que la práctica y la regulación de la enfermería varía de una región a otra. Esperamos que la publicación de estos nuevos diagnósticos facilite más estudios de validación en diferentes partes del mundo, para lograr un mayor nivel de evidencia.

Siempre damos la bienvenida a las presentaciones de nuevos diagnósticos de enfermería. Al mismo tiempo, tenemos una gran necesidad de revisar los diagnósticos existentes para reflejar la evidencia más reciente. En la undécima edición, identificamos aproximadamente

90 diagnósticos sin un nivel de evidencia asignado (LOE), o que requirieron actualizaciones importantes. Gracias a la cooperación de muchos voluntarios, la mayoría de los cuales se publicaron en el área de enfoque del diagnóstico, la mayoría de estos diagnósticos ahora se revisaron y cumplieron con los requisitos de nuestros criterios de LOE. Sin embargo, no pudimos completar todas las revisiones, por lo que quedan 32 diagnósticos sin un LOE identificado. La intención es revisar o retirar estos diagnósticos restantes para la próxima edición. Quiero alentar encarecidamente a todos los estudiantes e investigadores a enviar sus resultados de investigación relacionados con el diagnóstico de enfermería a NANDA-I, para mejorar la base de evidencia de la terminología.

La terminología NANDA-I se traduce a más de 20 idiomas distintos. Traducir términos abstractos del inglés a otros idiomas a menudo puede resultar frustrante. Durante este ciclo, se tomó la decisión de incorporar términos estandarizados de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Medical Subject Headings (MeSH), para facilitar la traducción. La identificación de los términos MeSH, cuando corresponda, que se encuentran dentro de nuestros indicadores de diagnóstico, proporciona definiciones estandarizadas para los términos, que creemos que ayudarán a los traductores en su trabajo.

Los años transcurridos desde la última edición también han sido los primeros de lo que esperamos sea una asociación duradera con nuestro socio académico, Boston College (BC) y Connell School of Nursing. Bajo la dirección de la Dra. Dorothy Jones, se estableció el Programa Marjory Gordon para el Desarrollo del Conocimiento y el Razonamiento Clínico. Celebramos nuestra primera conferencia en BC en 2018 y habíamos planeado nuestra segunda conferencia para 2020, que desafortunadamente fue cancelada debido al impacto de COVID-19. Sin embargo, el trabajo en un módulo educativo en línea se ha completado como una empresa conjunta entre BC y NANDA-I, varios becarios postdoctorales han sido bienvenidos en el programa de todo el mundo (Brasil, Italia, España, Nigeria), y nuestra colaboración continúa. Esperamos conferencias adicionales, oportunidades educativas, becas postdoctorales, y oportunidades futuras que traerá esta asociación con BC. Deseo extender mi más sincero agradecimiento al Dr. Jones, la decana Susan Gennaro y el decano asociado Christopher Grillo por su colaboración, colegialidad y dedicación para hacer de esta asociación una realidad.

Quiero agradecer el trabajo de todos los voluntarios, miembros del comité, presidentes y miembros de la Junta Directiva de NANDA-I por su tiempo, compromiso, dedicación y apoyo continuo. También me gustaría agradecer a los diversos expertos en contenido que, aunque no son miembros de NANDA International, contribuyeron innumerables horas a revisar y revisar los diagnósticos en

su área de especialización. El personal de NANDA-Iff, dirigido por nuestro Director Ejecutivo Officer, Dr. T. Heather Herdman, es digno de elogio por su efforts y soporte.

Mi agradecimiento especial a los miembros del DDC y al Panel Asesor Clínico de Expertos por su excelente y puntual efforts para revisar y editar la terminología representada en este libro, y especialmente para el liderazgo de nuestra nueva presidenta del DDC, la Dra. Camila Takáo Lopes, quien comenzó su mandato en 2019. Este comité extraordinario, con representación de América del Norte, América del Sur y Europa, es la verdad"central eléctrica"del contenido de conocimiento NANDA-I. Estoy profundamente impresionado y complacido por el asombroso y completo trabajo de estos voluntarios durante este ciclo, y estoy seguro de que usted también lo estará.

Ha sido un honor y un privilegio para mí servir como presidente de esta asociación dedicada de enfermeras internacionales, y espero con ansias hacia dónde el futuro continuará llevando nuestro trabajo.

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Presidente, NANDA International, Inc.

Expresiones de gratitud

En esta edición se han realizado cambios sustanciales. Eso no sería posible sin una cantidad significativa de tiempo voluntario y effort donado por muchas enfermeras de todo el mundo. En especial, nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento a lo siguiente:

Colaboradores del capítulo.

Criterios revisados de nivel de evidencia para la presentación de diagnósticos

- Marcos Venícios de Oliveira Lopes, PhD, RN, FNI. Universidade Federal do Ceará (Universidad Federal de Ceará), Brasil
- Viviane Martins da Silva, PhD, RN, FNI. Universidade Federal do Ceará (Universidad Federal de Ceará), Brasil
- Diná Monteiro da Cruz, PhD, RN, FNI. Universidad de São Paulo (São Universidad Paulo), Brasil

Conceptos básicos del diagnóstico de enfermería y diagnóstico de enfermería: una terminología internacional

- Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN. Universidad de Wisconsin - Green Bay, Estados Unidos

Razonamiento clínico: de la evaluación a la generación del diagnóstico

- Dorothy A. Jones, EdD, RNC, ANP, FNI, FAAN. Boston College, Estados Unidos
- Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher, PhD, RN. El Marjory Gordon Programa de Razonamiento Clínico y Desarrollo del Conocimiento, Boston College, EE. UU.

Especificaciones y definiciones dentro de la taxonomía internacional de diagnósticos de enfermería de la NANDA

- Sílvia Caldeira, PhD, RN. Universidad Católica Portuguesa (Católico Universidad Portuguesa), Portugal

Consultores.

Indicación de expertos en contenido para el DDC Task Force 2019

- Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN, FNI. Universidad de São Paulo (Universidad de São Paulo) Brasil

Contenido de diagnóstico de salud mental

- Jacqueline K. Cantor, MSN, RN, PMHCNS-BC, APRN. West Hartford, Estados Unidos

Contenido de diagnóstico de atención primaria de salud

- Ángel Martín García, RN. Centro de Salud San Blas (Sal Blas Healthcare Centro), España
- Martín Rodríguez Álvaro, PhD, RN. Universidad de la Laguna (Laguna Universidad), España

Contenido de diagnóstico de cuidados intensivos

- Fabio D'Agostino, PhD, RN. Universidad Internacional Saint Camillus de Ciencias Médicas y de la Salud, Italia
- Gianfranco Sanson, PhD, RN. Università degli studi di Trieste (Universidad de Trieste), Italia

Apoyo técnico.

Los editores quisieran extender un reconocimiento especial a Mary Kalinsky, Desarrolladora Técnica Senior, de Thieme Publishers. Su trabajo para crear y adaptar la base de datos terminológica NANDA-I ha mejorado significativamente nuestra capacidad para evaluar y revisar los términos dentro de la clasificación. Estamos en deuda con ella por su dedicación a este enorme proyecto.

Por favor contáctenos en admin@nanda.org si tiene preguntas sobre cualquier contenido o si encuentra errores, para que estos puedan ser corregidos para futuras publicaciones y traducciones.

Atentamente,

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI,
FAAN Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Camila Takáo Lopes, PhD, RN, FNI
NANDA International, Inc.

Contenido

Parte

1	Terminología internacional de NANDA: General Información	
1	Novedades de la edición NANDA-I 2021-2023	24
1.1	Resumen de cambios y revisiones en la NANDA-I 2021-2023 Edición	24
1.2	Nuevos diagnósticos de enfermería	24
1.3	Diagnósticos de enfermería revisados	30
1.4	Cambios en las etiquetas de diagnóstico de enfermería	37
1.5	Diagnósticos de enfermería jubilados	37
1.6	Diagnósticos de enfermería de NANDA-I: estandarización de términos indicadores	41
2	Consideraciones internacionales sobre el uso de Diagnósticos de enfermería NANDA-I	45

Parte

2	Recomendaciones de investigación para mejorar la Terminología	
3	Mejora futura de la terminología NANDA-I	50
3.1	Prioridades de investigación	50
3.2	Refinamiento y diagnósticos por desarrollar	51
3.3	Referencias	55
4	Criterios de nivel de evidencia revisados para el diagnóstico Sumisión	57
4.1	Introducción	57
4.2	Relación entre la evidencia clínica y la teoría de la validez Niveles de validez de la evidencia para los diagnósticos	58
4.3	NANDA-I	59
4.4	Referencias	74

Parte El uso de los diagnósticos de enfermería internacionales de NANDA

3	Conceptos básicos de diagnóstico de enfermería	78
5.1	Principios del diagnóstico de enfermería: introducción	78
5.2	Principios del diagnóstico de enfermería: diagnóstico	81
5.3	Principios del diagnóstico de enfermería: conocimiento de los conceptos de enfermería	82
5.4	Evaluar	82
5.5	Diagnosticando	84

5.6	Planificación / Implementación	87
5.7	Modelo tripartito de práctica de enfermería de Kamitsuru	88
5.8	Evaluar	90
5.9	Principios del diagnóstico de enfermería: aplicación clínica	90
5.10	Breve resumen del capítulo	91
5.11	Referencias	92
6	Diagnóstico de enfermería: una terminología internacional	93
6.1	Aspectos comunes de la enfermería en todo el mundo	93
6.2	Educación y práctica de enfermería	93
6.3	Asociaciones profesionales y clasificaciones de enfermería	95
6.4	Implementación internacional	96
6.5	Resumen	104
6.6	Reconocimiento de los contribuyentes a este capítulo	105
6.7	Referencias	106
7	Razonamiento clínico: de la evaluación al diagnóstico	109
7.1	Razonamiento clínico: Introducción	109
7.2	Razonamiento clínico dentro del proceso de enfermería	109
7.3	El proceso de enfermería	113
7.4	Referencias	123
8	Aplicación clínica: análisis de datos para determinar Diagnóstico de enfermería adecuado	126
8.1	Agrupación de información / Ver un patrón	126
8.2	Identificación de posibles diagnósticos de enfermería (hipótesis diagnósticas)	126
8.3	Refinando el diagnóstico	129
8.4	Confirmación / refutación de posibles diagnósticos de enfermería	131
8.5	Eliminando posibles diagnósticos	132
8.6	Posibles nuevos diagnósticos	134
8.7	Diferenciación de diagnósticos similares	134
8.8	Diagnóstico / priorización	135
8.9	Resumen	136
8.10	Referencias	137
9	Introducción a la taxonomía internacional de NANDA de los diagnósticos de enfermería	138
9.1	Introducción a la taxonomía	138
9.2	Organización del conocimiento de enfermería	143
9.3	Uso de la taxonomía NANDA-I	145
9.4	Taxonomía II del diagnóstico de enfermería de NANDA-I: una breve historia	150
9.5	Referencias	163

10	Especificaciones y definiciones dentro de la NANDA	
	Taxonomía internacional de los diagnósticos de enfermería	164
10,1	Estructura de la taxonomía II	164
10,2	Taxonomía II de NANDA-I: un sistema multiaxial	165
10,3	Definiciones de los ejes	166
10,4	Desarrollar y enviar un diagnóstico de enfermería	174
10,5	Desarrollo adicional: uso de ejes	175
10,6	Referencias	176
11	Glosario de términos	177
11,1	Diagnóstico de enfermería	177
11,2	Ejes de diagnóstico	178
11,3	Componentes de un diagnóstico de enfermería	180
11,4	Definiciones de términos asociados con diagnósticos de enfermería	182
11,5	Definiciones para la clasificación de los diagnósticos de enfermería	182
11,6	Referencias	183
Parte 4	Los diagnósticos internacionales de enfermería de NANDA	
	Dominio 1. Promoción de la salud	187
	Clase 1. Conciencia acerca de la salud	
	Disminución de la participación en actividades de diversion	188
	Preparación para mejorar la alfabetización en salud	189
	Estilo de vida sedentario	190
	Clase 2. Manejo de la salud	
	Riesgo de intento de fuga	192
	Síndrome del anciano frágil	193
	Riesgo de síndrome del anciano frágil	195
	Preparación para una mayor participación en el ejercicio	196
	Salud comunitaria deficiente	197
	Comportamiento de salud propenso a riesgos	198
	Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud	199
	Autogestión ineficaz de la salud	201
	Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud	203
	Autogestión ineficaz de la salud familiar	204
	Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar	206
	Riesgo de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar	207
	Preparación para comportamientos mejorados de mantenimiento del hogar	208
	Protección ineficaz	209

Dominio 2. Nutrición	211
Clase 1. Ingestión	
Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales	213
Preparación para una nutrición mejorada	215
Producción insuficiente de leche materna	216
Lactancia materna ineficaz	217
Lactancia materna interrumpida	219
Preparación para una mejor lactancia materna	220
Dinámica ineficaz de alimentación de los adolescentes	221
Dinámica ineficaz de alimentación infantil	222
Dinámica ineficaz de la alimentación infantil	224
Obesidad	226
Exceso de peso	228
Riesgo de sobrepeso	230
Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante	232
Tragar deficiente	234
Clase 2. Digestión	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 3. Absorción	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 4. Metabolismo	
Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable	236
Hiperbilirrubinemia neonatal	238
Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal	239
Riesgo de deterioro de la función hepática	240
Riesgo de síndrome metabólico	241
Clase 5. Hidratación	
Riesgo de desequilibrio electrolítico	242
Riesgo de volumen de líquido desequilibrado	243
Volumen de líquido deficiente	244
Riesgo de volumen de líquido deficiente	245
Exceso de volumen de líquido	246
Dominio 3. Eliminación e intercambio	247
Clase 1. Función urinaria	
Incontinencia urinaria asociada a discapacidad	249
Eliminación urinaria alterada	250
Incontinencia urinaria mixta	251
Incontinencia urinaria de esfuerzo	252
Incontinencia urinaria de urgencia	253
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	254
Retención urinaria	255
Riesgo de retención urinaria	256

Clase 2. Función gastrointestinal	
Estreñimiento	257
Riesgo de estreñimiento	259
Estreñimiento percibido	260
Estreñimiento funcional crónico	261
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	263
Continencia intestinal alterada	265
Diarrea	267
Motilidad gastrointestinal disfuncional	268
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	269
Clase 3. Función tegumentaria	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 4. Función respiratoria	
Intercambio de gases deteriorado	270
Dominio 4. Actividad / descanso	271
Clase 1. Dormir / descansar	
Insomnio	274
La privación del sueño	276
Preparación para dormir mejor	278
Patrón de sueño perturbado	279
Clase 2. Actividad / ejercicio	
Disminución de la tolerancia a la actividad.	280
Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad	281
Riesgo de síndrome de desuso	282
Movilidad de la cama alterada	283
Movilidad física deteriorada	284
Movilidad en silla de ruedas deteriorada	285
Sentado impedido	287
De pie impedido	288
Capacidad de transferencia deteriorada	289
Caminar impedido	290
Clase 3. Balance de energía	
Campo de energía desequilibrado	291
Fatiga	292
Errante	294
Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares	
Patrón de respiración ineficaz	295
Disminución del gasto cardíaco.	297
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	299
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	300
Autocontrol ineficaz del linfedema	301
Riesgo de autocuidado ineficaz del linfedema	303

Ventilación espontánea deteriorada	305
Riesgo de presión arterial inestable	306
Riesgo de trombosis	307
Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco	308
Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral	309
Perfusión ineficaz de tejido periférico	310
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	311
Respuesta de destete ventilatorio disfuncional	312
Respuesta de destete ventilatorio disfuncional del adulto	314
Clase 5. Autocuidado	
Déficit de autocuidado al bañarse	316
Vestir el déficit de autocuidado	317
Alimentar el déficit de autocuidado	318
Déficit de autocuidado al ir al baño	319
Preparación para un mejor cuidado personal	320
Auto-negligencia	321
Dominio 5. Percepción / cognición	323
Clase 1. Atención	
Descuido unilateral	325
Clase 2. Orientación	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 3. Sensación / percepción	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 4. Cognición	
Confusión aguda	326
Riesgo de confusión aguda	327
Confusión crónica	328
Control emocional lábil	329
Control ineficaz de impulsos	330
Conocimiento deficiente	331
Disponibilidad para mejorar el conocimiento	332
Deterioro de la memoria	333
Proceso de pensamiento perturbado	334
Clase 5. Comunicación	
Preparación para una comunicación mejorada	335
Comunicación verbal deteriorada	336

Dominio 6. Auto percepción	339
Clase 1. Autoconcepto	
Desesperación	341
Disponibilidad para una mayor esperanza	343
Riesgo por la dignidad humana comprometida	344
Identidad personal perturbada	345
Riesgo de alteración de la identidad personal	346
Disponibilidad para mejorar el autoconcepto	347
Clase 2. Autoestima	
Baja autoestima crónica	348
Riesgo de baja autoestima crónica	350
Baja autoestima situacional	351
Riesgo de baja autoestima situacional	353
Clase 3. Imagen corporal	
Imagen corporal alterada	355
Dominio 7. Relación de roles	357
Clase 1. Roles de cuidado	
Paternidad deteriorada	359
Riesgo de paternidad deteriorada	361
Disponibilidad para mejorar la crianza de los hijos	363
Tensión del rol del cuidador	364
Riesgo de tensión en el rol del cuidador	367
Clase 2. Relaciones familiares	
Riesgo de apego deteriorado	369
Síndrome de identidad familiar perturbada	370
Riesgo de síndrome de identidad familiar perturbada	372
Procesos familiares disfuncionales	373
Procesos familiares interrumpidos	376
Preparación para procesos familiares mejorados	377
Clase 3. Desempeño de roles	
Relación ineficaz	378
Riesgo de relación ineficaz	379
Preparación para una relación mejorada	380
Conflicto de rol de los padres	381
Desempeño ineficaz de roles	382
Interacción social deteriorada	384

Dominio 8. Sexualidad	385
Clase 1. Identidad sexual	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 2. Función sexual	
Disfunción sexual	386
Patrón de sexualidad ineficaz	387
Clase 3. Reproducción	
Proceso ineficaz de maternidad	388
Riesgo de un proceso de maternidad ineficaz	390
Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad	391
Riesgo de alteración de la díada materno-fetal	392
 Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	 393
Clase 1. Respuestas postraumáticas	
Riesgo de una transición migratoria complicada	395
Síndrome postraumático	396
Riesgo de síndrome postraumático	398
Síndrome de trauma por violación	399
Síndrome de estrés por reubicación	400
Riesgo de síndrome de estrés por reubicación	402
Clase 2. Respuestas de afrontamiento	
Planificación ineficaz de actividades	403
Riesgo de una planificación de actividades ineficaz	404
Ansiedad	405
Afrontamiento defensivo	407
Afrontamiento ineficaz	408
Disponibilidad para afrontar mejor la situación	409
Afrontamiento comunitario ineficaz	410
Preparación para un mejor afrontamiento de la comunidad	411
Afrontamiento familiar comprometido	412
Afrontamiento familiar discapacitado	414
Preparación para un mejor afrontamiento familiar	415
Ansiedad por la muerte	416
Negación ineficaz	418
Temor	419
Duelo inadaptado	421
Riesgo de duelo inadaptado	423
Disposición para un duelo intensificado	424
Regulación alterada del estado de ánimo	425
Impotencia	426
Riesgo de impotencia	428
Preparación para potencia mejorada	429
Resiliencia deteriorada	430

Riesgo de deterioro de la resiliencia	432
Preparación para una mayor resiliencia	433
Dolor crónico	434
Sobrecarga de estrés	435
Clase 3. Estrés neuroconductual	
Síndrome de abstinencia aguda de sustancias	436
Riesgo de síndrome de abstinencia aguda de sustancias	437
Disreflexia autonómica	438
Riesgo de disreflexia autonómica	440
Síndrome de abstinencia neonatal	442
Comportamiento infantil desorganizado	443
Riesgo de comportamiento infantil desorganizado	445
Preparación para un comportamiento infantil organizado mejorado	446
Dominio 10. Principios de vida	447
Clase 1. Valores	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 2. Creencias	
Preparación para un mayor bienestar espiritual	449
Clase 3. Congruencia entre valores / creencias / acciones	
Disponibilidad para una mejor toma de decisiones	451
Conflicto decisonal	452
Toma de decisiones emancipada deteriorada	453
Riesgo de toma de decisiones emancipada deficiente	454
Disponibilidad para una mejor toma de decisiones emancipada	455
Angustia moral	456
Religiosidad deteriorada	457
Riesgo de religiosidad deteriorada	458
Preparación para una religiosidad mejorada	459
Angustia espiritual	460
Riesgo de angustia espiritual	462
Dominio 11. Seguridad / protección	463
Clase 1. Infección	
Riesgo de infección	466
Riesgo de infección del sitio quirúrgico	467
Clase 2. Lesión física	
Despeje ineficaz de las vías respiratorias	468
Riesgo de aspiración	469
Riesgo de hemorragia	470
Dentadura deteriorada	471
Riesgo de ojo seco	472

Autocuidado ineficaz del ojo seco	473
Riesgo de sequedad de boca	475
Riesgo de caídas en adultos	476
Riesgo de caídas del niño	478
Riesgo de lesiones	480
Riesgo de lesión de la córnea	481
Lesión del complejo areolar-pezones	482
Riesgo de lesión del complejo areolar-pezones	484
Riesgo de lesión del tracto urinario	485
Riesgo de lesión de posición perioperatoria	486
Riesgo de lesión térmica	487
Integridad alterada de la mucosa oral	488
Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral	490
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	491
Riesgo de trauma físico	492
Riesgo de traumatismo vascular	494
Lesión por presión en adultos	495
Riesgo de lesiones por presión en adultos	497
Lesión por presión infantil	499
Riesgo de lesiones por presión infantil	501
Lesión por presión neonatal	503
Riesgo de lesión por presión neonatal	505
Riesgo de shock	507
Integridad de la piel deteriorada	508
Riesgo de deterioro de la integridad de la piel	510
Riesgo de muerte súbita del lactante	512
Riesgo de asfixia	513
Recuperación quirúrgica retrasada	514
Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	516
Integridad del tejido deteriorada	517
Riesgo de deterioro de la integridad del tejido	519
Clase 3. Violencia	
Riesgo de mutilación genital femenina	521
Riesgo de violencia dirigida por otros	522
Riesgo de violencia autodirigida	523
Automutilación	524
Riesgo de automutilación	526
Riesgo de comportamiento suicida	528
Clase 4. Peligros ambientales	
Contaminación	530
Riesgo de contaminación	532
Riesgo de lesiones laborales	534
Riesgo de envenenamiento	535
Clase 5. Procesos defensivos	
Riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados	536
Riesgo de reacción alérgica	537
Riesgo de reacción alérgica al látex	538

Clase 6. Termorregulación	
Hipertermia	539
Hipotermia	540
Riesgo de hipotermia	541
Hipotermia neonatal	542
Riesgo de hipotermia neonatal	544
Riesgo de hipotermia perioperatoria	545
Termorregulación ineficaz	546
Riesgo de termorregulación ineficaz	547
Dominio 12. Comodidad	549
Clase 1. Comodidad física	
Comodidad deteriorada	551
Preparación para una mayor comodidad	552
Náusea	553
Dolor agudo	554
Dolor crónico	555
Síndrome de dolor crónico	557
El dolor del parto	558
Clase 2. Confort ambiental	
Comodidad deteriorada	560
Preparación para una mayor comodidad	561
Clase 3. Confort social	
Comodidad deteriorada	562
Preparación para una mayor comodidad	563
Riesgo de soledad	564
Aislamiento social	565
Dominio 13. Crecimiento / desarrollo	567
Clase 1. Crecimiento	
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	
Clase 2. Desarrollo	
Retraso en el desarrollo infantil	568
Riesgo de retraso en el desarrollo infantil	570
Retraso en el desarrollo motor del lactante	571
Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil	573
Índice	575
Focos	Contraportada interior

Parte 1

La NANDA Internacional Terminología: información general

1	Novedades de la edición NANDA-I 2021-2023	24
2	Consideraciones internacionales sobre el uso de la enfermería NANDA-I	
	Diagnósticos	45

1 Novedades de la edición NANDA-I 2021-2023

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takáo Lopes

1.1 Descripción general de los cambios y revisiones en la NANDA-I Edición 2021–2023

La Parte 1 presenta una descripción general de los cambios importantes en esta edición: diagnósticos nuevos y revisados, diagnósticos retirados, revisión continua para estandarizar los términos de los indicadores de diagnóstico, nuevos criterios de nivel de evidencia para el envío de diagnósticos, un refinamiento propuesto de la terminología y recomendaciones introductorias sobre diagnósticos de enfermería que requieran desarrollo.

Esperamos que la organización de esta duodécima edición lo haga eficiente y efectivo de usar. Agradecemos sus comentarios. Si tiene sugerencias, envíelas por correo electrónico a: admin@nanda.org.

Se han realizado cambios en esta edición basados en los comentarios de los usuarios, para abordar las necesidades de los estudiantes, los médicos y los investigadores, así como para brindar apoyo adicional a los educadores. Se ha agregado nueva información a la evaluación. Muchos diagnósticos fueron revisados por colaboradores internacionales del Grupo de Trabajo del Comité de Desarrollo de Diagnóstico, con el fin de fortalecer su nivel de evidencia. Los indicadores de diagnóstico de cada diagnóstico se revisaron para disminuir la ambigüedad y mejorar la claridad. Los editores se refirieron a los títulos de materias médicas (DeCS, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) siempre que sea posible, proporcionar definiciones estandarizadas, que estén disponibles para los traductores para garantizar la coherencia entre los idiomas. Se presentan criterios de nivel de evidencia revisados para asegurar que todos los diagnósticos futuros presentados para su inclusión en la clasificación tengan un nivel de evidencia apropiado para representar la fortaleza actual del conocimiento de enfermería.

Los usuarios que estén familiarizados con las ediciones anteriores de este texto pueden notar que el enfoque de diagnóstico ya no está resaltado en la etiqueta de diagnóstico. En cambio, el enfoque de diagnóstico se encontrará debajo de la etiqueta para cada diagnóstico en la clasificación. Esto se hizo para facilitar la identificación de focos de diagnóstico en todos los idiomas.

1.2 Nuevos diagnósticos de enfermería

Un importante cuerpo de trabajo que representa diagnósticos de enfermería nuevos y revisados se presentó al Comité de Desarrollo de Diagnóstico de NANDA-I. Los editores quisieran aprovechar esta oportunidad para felicitar a los remitentes que

cumplió con éxito el criterio de nivel de evidencia con sus presentaciones y / o revisiones. Cuarenta y seis nuevos diagnósticos fueron aprobados por el Comité de Desarrollo de Diagnóstico y fueron presentados a la Junta Directiva de NANDA-I (► Mesa 1.1), y ahora se incluyen aquí para miembros y usuarios de la terminología. Los remitentes de cada diagnóstico se presentan siguiendo la tabla.

Remitentes de diagnósticos de enfermería. Se incluyen aquí aquellos contribuyentes que presentó nuevos diagnósticos o completó revisiones de diagnósticos, incluido el cambio de etiqueta y definición, o cambio de contenido significativo. Individuos que

Tabla 1.1 Nuevos diagnósticos de enfermería de NANDA-I, 2021-2023 *

Dominio	Diagnóstico
1. salud	Riesgo de intento de fuga (00290) Preparación para una mayor participación en el ejercicio (00307) Comportamientos ineficaces para el mantenimiento de la salud (00292) * Autogestión ineficaz de la salud (00276) * Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud (00293) *
2. Nutrición	Autogestión ineficaz de la salud familiar (00294) * Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar (00300) * Riesgo de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar (00308) Preparación para comportamientos mejorados de mantenimiento del hogar (00309) Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante (00295) *
3. Eliminación y Intercambio	Riesgo de síndrome metabólico (00296) * Incontinencia urinaria asociada a discapacidad (00297) * Incontinencia urinaria mixta (00310) Riesgo de retención urinaria (00322) Continencia intestinal alterada (00319) *
4. Actividad / descanso	Disminución de la tolerancia a la actividad (00298) * Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad (00299) * Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00311) Autocontrol ineficaz del linfedema (00278) Riesgo de autocuidado ineficaz del linfedema (00281) Riesgo de trombosis (00291) Respuesta de destete ventilatorio disfuncional del adulto (00318)
5. Percepción / cognición	Proceso de pensamiento perturbado (00279)
7. Relación de roles	Síndrome de identidad familiar perturbada (00283) Riesgo de síndrome de identidad familiar perturbada (00284)

Afrontamiento /
9. estrés
tolerancia

Duelo inadaptado (00301) *

Riesgo de duelo inadaptado (00302) *

Preparación para un duelo intensificado (00285)

Tabla 1.1 (continuación)

Dominio	Diagnóstico
11. Seguridad / protección	Autocuidado ineficaz del ojo seco (00277) Riesgo de caídas de adultos (00303) * Riesgo de caídas de niños (00306) Lesión del complejo areolar-pezones (00320) Riesgo de lesión del complejo areolar-pezones (00321) Lesión por presión en adultos (00312) Riesgo de lesiones por presión en adultos (00304) * Lesiones por presión en niños (00313) Riesgo de lesiones por presión en niños (00286) Lesión por presión neonatal (00287) Riesgo de lesión por presión neonatal (00288) Riesgo de comportamiento suicida (00289) * Hipotermia neonatal (00280)
13. Crecimiento / desarrollo	Riesgo de hipotermia neonatal (00282) Retraso en el desarrollo infantil (00314) Riesgo de retraso en el desarrollo infantil (00305) * Retraso en el desarrollo motor infantil (00315) Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil (00316)

* Para fines taxonómicos, cuando se revisan una etiqueta de diagnóstico y una definición, el código original se retira y se asigna un nuevo código.

trabajado en grupo se enumeran juntos; en los casos en que más de un individuo o grupo envió contenido, se enumeran por separado.

Países de los remitentes: 1. Brasil, 2. Alemania, 3. Irán, 4. México, 5. España, 6. Turquía, 7. EE. UU.

Dominio 1. Promoción de la salud

- Riesgo de intento de fuga
 - Amália F. Lucena, Ester M. Borba, Betina Franco, Gláucia S. Policarpo, Deborah B. Melo, Simone Pasin, Luciana R. Pinto, Michele Schmid¹
- Preparación para una mayor participación en el ejercicio
 - Raúl Fernando G. Castañeda⁴
- Ineficaces comportamientos de mantenimiento de la salud efectiva
 - Rafaela S. Pedrosa, Andressa T. Nunciaroni¹
 - Camila T. Lopes¹
- Ineficaz autogestión de la salud efectiva
 - Camila S. Carneiro, Agueda Maria RZ Cavalcante, Gisele S. Bispo, Viviane M. Silva, Alba Lucia BL Barros¹

- Maria GMN Paiva, Jéssica DS Tinôco, Fernanda Beatriz BL Silva, Juliane R. Dantas, Maria Isabel CD Fernandes, Isadora LA Nogueira, Ana BA Medeiros Marcos Venícios O. Lopes, Ana LBC Lira¹
- Richardson Augusto R. Silva, Wenysson N. Santos, Francisca MLC Souza, Rebecca Stefany C. Santos, Izaque C. Oliveira, Hallyson LL Silva, Dhyanine M. Lima¹
- Camila T. Lopes¹
- Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud
 - DDC
- Ineffautogestión efectiva de la salud familiar
 - Andressa T. Nunciaroni, Rafaela S. Pedrosa¹
 - Camila T. Lopes¹
- IneffComportamientos efectivos de mantenimiento del hogar, Riesgo de ineficacia.ffComportamientos efectivos de mantenimiento del hogar, preparación para mejorar los comportamientos de mantenimiento del hogar.
 - Ángel Martín-García⁵
 - Comité de Desarrollo de Diagnóstico (DDC)

Dominio 2. Nutrición

- IneffRespuesta efectiva de succión y deglución del lactante.
 - T. Heather Herdman⁷
- Riesgo de síndrome metabólico
 - DDC

Dominio 3. Eliminación e intercambio

- Incontinencia urinaria asociada a discapacidad, Incontinencia urinaria mixta
 - Juliana N. Costa, Maria Helena BM Lopes, Marcos Venícios O. Lopes¹
- Riesgo de retención urinaria
 - Aline S. Meira, Gabriella S. Lima, Luana B. Storti, Maria Angélica A. Diniz, Renato M. Ribeiro, Samantha S. Cruz, Luciana Kusumota²
 - Juliana N. Costa, Micnéias L. Botelho, Erika CM Duran, Elenice V. Carmona, Ana Railka S. Oliveira-Kumakura, Maria Helena BM Lopes²
- Continencia intestinal alterada
 - DDC
 - Barbara G. Anderson⁷

Dominio 4. Actividad / descanso

- Disminución de la tolerancia a la actividad, riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad
 - Jana Kolb y Steve Strupeit²

- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
 - María BS Gómez⁵, Gonzalo D. Clíments⁵, Tibelle F. Mauricio¹,
Rafaela P. Moreira¹, Edmara C. Costa¹
 - Gabrielle P. da Silva, Francisca Márcia P. Linhares, Suzana O. Man-
gueira, Marcos Venícius O. Lopes, Jaqueline GA Perrelli, Tatiane G.
Guedes¹
- Inefautogestión efectiva del linfedema, Inefriesgo de linfedema efectivo
Autogestión
 - Güleüngün Türk, Elem K. Güler, Izmir Demokrasi⁶
 - DDC
- Riesgo de trombosis
 - Eneida RR Silva, Thamires S. Hilário, Graziela B. Aliti, Vanessa M.
Mantovani, Amália F. Lucena¹
 - DDC
- Respuesta de destete ventilatorio disfuncional del adulto
 - Ludmila Christiane R. Silva, Tânia CM Chianca¹

Dominio 5. Percepción / cognición

- Proceso de pensamiento perturbado
 - Paula Escalada-Hernández, Blanca Marín-Fernández⁵

Dominio 7. Relación de roles

- Síndrome de identidad familiar perturbada, Riesgo de identidad
familiar perturbada síndrome
 - Mitra Zandi, Eesa Mohammadi³
 - DDC

Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés

- Duelo desadaptativo, Riesgo de duelo desadaptativo, Preparación
para aflicción intensificada
 - Martín Rodríguez-Álvaro, Alfonso M. García-Hernández, Ruymán
Brito-Brito⁵
 - DDC

Dominio 11. Seguridad / protección

- Inefautocontrol eficaz del ojo seco
 - Elem K. Güler, Ismet Eser⁶Diego D. Araujo, Andreza Werli-Alvarenga,
Tânia CM Chianca¹

- Jéssica NM Araújo, Allyne F. Vitor¹
- DDC
- Riesgo de caídas en adultos
 - Flávia OM Maia¹
 - Danielle Garbuio, Emilia C. Carvalho¹
 - Dolores E. Hernández¹
 - Camila T. Lopes¹
 - Silvana B. Pena, Heloísa CQCP Guimarães, Lidia S. Guandalini, Mônica Taminato, Dulce A. Barbosa, Juliana L. Lopes, Alba Lucia BL Barros¹
- Riesgo de caídas del niño
 - Camila T. Lopes, Ana Paula DF Guareschi¹
- Hipotermia neonatal, riesgo de hipotermia neonatal
 - T. Heather Herdman⁷
- Lesión del complejo areolar-pezones, riesgo de lesión del complejo areolar-pezones
 - Flaviana Vely Mendonca Vieira¹
 - Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante¹
 - Janaina Valadares Guimarães¹
- Lesión por presión en adultos, riesgo de lesión por presión en adultos
 - Amália F. Lucena, Cássia T. Santos, Taline Bavaresco, Miriam A. Almeida¹
 - T. Heather Herdman⁷
- Lesión por presión infantil, Riesgo de lesión por presión infantil, Presión neonatal lesión, riesgo de lesión por presión neonatal
 - T. Heather Herdman⁷
 - Amália F. Lucena, Cássia T. Santos, Taline Bavaresco, Miriam A. Almeida¹
- Riesgo de comportamiento suicida
 - Girliani S. Sousa, Jaqueline GA Perrelli, Suzana O. Mangueira, Marcos Venícios O. Lopes, Everton B. Sougey¹

Dominio 13. Crecimiento / desarrollo

- Retraso en el desarrollo infantil
 - Juliana M. Souza, Maria LOR Veríssimo¹
 - T. Heather Herdman⁷
- Riesgo de retraso en el desarrollo infantil, retraso en el desarrollo motor infantil, Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil
 - T. Heather Herdman⁷

1.3 Diagnósticos de enfermería revisados

Durante este ciclo, se revisaron 67 diagnósticos como parte del Grupo de Trabajo del Comité de Desarrollo de Diagnósticos. ► Cuadro 1.2 muestra esos diagnósticos. Los contribuyentes a las revisiones de cada diagnóstico se presentan a continuación de la tabla. En esta tabla no se muestran los diagnósticos que tienen revisiones estrictamente debido al refinamiento de frases o cambios editoriales menores; Aquí solo se muestran los diagnósticos con cambios de contenido (revisión de la etiqueta, revisión de la definición del diagnóstico o cambios en los indicadores de diagnóstico).

Contribuyentes a la revisión de diagnósticos. Incluidos aquí están los contribuyentes que completó revisiones de diagnósticos.

Países de los revisores: 1. Austria, 2. Brasil, 3. Alemania, 4. Italia, 5. Japón, 6. México, 7. Portugal, 8. España, 9. Suiza, 10. Turquía, 11. Estados Unidos

Dominio 1. Promoción de la salud

- Estilo de vida sedentario
 - Marcos Venícios O. Lopes, Viviane Martins da Silva, Nirla G. Guedes, Larissa CG Martins, Marcos R. Oliveira²
 - Laís S. Costa, Juliana L. Lopes, Camila T. Lopes, Vinicius B. Santos, Alba Lúcia BL Barros²
- Inefectiva protección efectiva
 - Livia M. Garbim, Fernanda TMM Braga, Renata CCP Silveira²

Dominio 2. Nutrición

- Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales
 - Renata K. Reis, Fernanda REG Souza²
- Tragar deficiente
 - Renan A. Silva, Viviane M. Silva²
- Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable
 - Grasiela M. Barros, Ana Carla D. Cavalcanti, Helen C. Ferreira, Marcos Venícios O. Lopes, Priscilla A. Souza²
- Riesgo de volumen de líquido desequilibrado, Volumen de líquido deficiente, Riesgo de volumen de líquido deficiente, Volumen de líquido excesivo
 - Mariana Grassi, Rodrigo Jensen, Camila T. Lopes²

Dominio 3. Eliminación e intercambio

- Eliminación urinaria alterada, retención urinaria
 - Aline S. Meira, Gabriella S. Lima, Luana B. Storti, Maria Angélica A. Diniz, Renato M. Ribeiro, Samantha S. Cruz, Luciana Kusumota²

Tabla 1.2 Diagnósticos de enfermería NANDA-I revisados, 2021-2023

Diagnóstico	Revisión		corriente continua remoto	ReF / RiF adicional	ReF / RiF remoto
	Definición	DC agregado			
Dominio 1. Promoción de la salud					
Estilo de vida sedentario	X	X	X	X	
Protección ineficaz		X		X	
Dominio 2. Nutrición					
Nutrición desequilibrada:					
menos que los requisitos del cuerpo		X	X	X	X
Tragar deficiente		X			
Riesgo de sangre inestable nivel de glucosa				X	
Riesgo de desequilibrio de líquidos				X	
Volumen de líquido deficiente				X	
Riesgo de volumen de líquido deficiente				X	
Exceso de volumen de líquido		X		X	
Dominio 3. Eliminación e intercambio					
Eliminación urinaria alterada					X
Incontinencia urinaria de esfuerzo	X	X		X	
Incontinencia urinaria de urgencia	X			X	
Riesgo de urgencia urinaria incontinencia				X	
Retención urinaria	X	X		X	
Estreñimiento	X	X	X	X	X
Riesgo de estreñimiento				X	
Estreñimiento percibido				X	
Diarrea	X			X	
Intercambio de gases deteriorado		X	X	X	
Dominio 4. Actividad / descanso					
Insomnio	X	X	X	X	X
Movilidad de la cama alterada		X		X	
Movilidad en silla de ruedas deteriorada		X		X	
Fatiga		X	X	X	X
Patrón de respiración ineficaz		X	X	X	X
Dominio 5. Percepción / cognición					
Confusión crónica				X	
Conocimiento deficiente	X	X		X	

Deterioro de la memoria		X
Deterioro verbal comunicación	X	X

Tabla 1.2 (continuación)

Diagnóstico	Revisión				
	Definición	DC agregado	corriente continua remoto	ReF / RiF adicional	ReF / RiF remoto
Dominio 6. Autopercepción					
Desesperación	X	X	X	X	
Disponibilidad para una mayor esperanza	X	X			
Baja autoestima crónica	X		X	X	
Riesgo de autogestión baja crónica	X				
estima					
Baja autoestima situacional	X		X	X	
Riesgo de baja autogestión situacional	X				
estima					
Imagen corporal alterada	X	X	X	X	X
Dominio 7. Relación de roles					
Paternidad deteriorada	X	X		X	
Riesgo de paternidad deteriorada	X			X	
Preparación para mejorar paternidad	X	X			
Interacción social deteriorada		X		X	
Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés					
Ansiedad	X	X	X	X	X
Ansiedad por la muerte	X	X		X	
Temor	X	X	X	X	X
Impotencia	X	X	X	X	
Riesgo de impotencia	X			X	
Dominio 10. Principios de vida					
Disposición para mejorar el espíritu					
bienestar itual	X	X			
Angustia espiritual	X	X	X	X	X
Riesgo de angustia espiritual				X	X
Dominio 11. Seguridad / protección					
Riesgo de infección				X	
Despeje ineficaz de las vías respiratorias	X	X	X	X	X
Riesgo de aspiración				X	X
Riesgo de ojo seco	X				X
Riesgo de lesión del tracto urinario				X	
Riesgo de posicin periooperatorio				X	
lesión causante				X	
Riesgo de shock	X			X	

Tabla 1.2 (continuación)

Diagnóstico	Revisión				
	Definición	DC agregado	corriente continua remoto	ReF / RiF adicional	ReF / RiF remoto
Integridad de la piel deteriorada		X	X	X	
Riesgo de piel dañada integridad				X	
Recuperación quirúrgica retrasada		X		X	
Riesgo de cirugía tardía recuperación				X	
Integridad del tejido deteriorada		X	X	X	
Riesgo de tejido dañado integridad				X	
Riesgo de reacción alérgica al látex	X			X	
Hipotermia	X		X		
Riesgo de hipotermia					X
Riesgo de perioperatorio hipotermia				X	X
Dominio 12. Comodidad					
Síndrome de dolor crónico			X	X	
El dolor del parto				X	
Aislamiento social	X	X		X	

- Juliana N. Costa, Micnéias L. Botelho, Erika CM Duran, Elenice V. Carmona, Ana Railka S. Oliveira-Kumakura, Maria Helena BM Lopes²
- Incontinencia urinaria de esfuerzo, Incontinencia urinaria de urgencia, Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
 - Juliana N. Costa, Maria Helena BM Lopes, Marcos Venícios O. Lopes²
 - Aline S. Meira, Gabriella S. Lima, Luana B. Storti, Maria Angélica A. Diniz, Renato M. Ribeiro, Samantha S. Cruz, Luciana Kusumota²
- Estreñimiento, riesgo de estreñimiento
 - Barbara G. Anderson¹¹
 - Cibele C. Souza, Emilia C. Carvalho, Marta CA Pereira²
 - Shigemi Kamitsuru⁵
- Estreñimiento percibido
 - DDC

- Diarrea
 - Barbara G. Anderson¹¹
- Intercambio de gases deteriorado
 - Marcos Venícios O. Lopes, Viviane M. Silva, Lívía Maia Pascoal, Beatriz A. Beltrão, Daniel Bruno R. Chaves, Vanessa Emile C. Sousa, Camila M. Dini, Marília M. Nunes, Natália B. Castro, Reinaldo G. Bar-reiro, Layana P. Cavalcante, Gabriele L. Ferreira, Larissa CG Martins²

Dominio 4. Actividad / descanso

- Insomnio
 - Lidia S. Guandalini, Vinicius B. Santos, Eduarda F. Silva, Juliana L. Lopes, Camila T. Lopes, Alba Lucia BL Barros²
- Movilidad de la cama alterada
 - Allyne F. Vitor, Jéssica Naiara M. Araújo, Ana Paula NL Fernandes, Amanda B. Silva, Hanna Priscilla da Silva²
- Movilidad en silla de ruedas deteriorada
 - Allyne F. Vitor, Jéssica Naiara M. Araújo, Ana Paula NL Fernandes, Amanda B. Silva, Hanna Priscilla da Silva²
 - Camila T. Lopes²
- Fatiga
 - Carnicero Rita CGS, Amanda G. Muller, Leticia C. Batista, Mara N. Araújo²
 - Vinicius B. Santos, Rita Simone L. Moreira²
- Inefppatrón de respiración efectiva
 - Viviane M. Silva, Marcos Venícios O. Lopes, Beatriz A. Beltrão, Lívía Maia Pascoal, Daniel Bruno R. Chaves, Livia Zulmyra C. Andrade, Vanessa Emile C. Sousa²
 - Patricia R. Prado, Ana Rita C. Bettencourt, Juliana. L. Lopes²

Dominio 5. Percepción / cognición

- Confusión crónica, deterioro de la memoria
 - Priscilla A. Souza², Kay Avant¹¹
- Conocimiento deficiente
 - Cláudia C. Silva, Sheila CRV Morais y Cecilia Maria FQ Frazão²
 - Camila T. Lopes²
- Comunicación verbal deteriorada
 - Amanda H. Severo, Zuila Maria F. Carvalho, Marcos Venícios O. Lopes, Renata SF Brasileiro, Deyse CO Braga²
 - Vanessa S. Ribeiro, Emilia C. Carvalho²

Dominio 6. Autopercepción

- Desesperación
 - Ana Carolina AB Leite, Willyane A. Alvarenga, Lucila C. Nascimento, Emilia C. Carvalho²
 - Ramon A., Cibele Souza, Marta CA Pereira²
 - Camila T. Lopes²
- Disponibilidad para una mayor esperanza
 - Renan A. Silva², Geórgia AA Melo², Joselany A. Caetano², Marcos Venícios O. Lopes², Howard K. Butcher¹¹, Viviane M. Silva²
- Baja autoestima crónica y riesgo de baja autoestima crónica
 - Natalia B. Castro, Marcos Venícios O. Lopes, Ana Ruth M. Monteiro²
 - Camila T. Lopes²
- Baja autoestima situacional
 - Natalia B. Castro, Marcos Venícios O. Lopes, Ana Ruth M. Monteiro²
 - Francisca Marcia P. Linhares, Gabriella P. da Silva, Thais AO Moura²
 - Camila T. Lopes²
- Riesgo de baja autoestima situacional
 - Natalia B. Castro, Marcos Venícios O. Lopes, Ana Ruth M. Monteiro²
 - Francisca Marcia P. Linhares, Ryanne Carolynne M. Gomes, Suzana O. Mangueira²
 - Camila T. Lopes²
- Imagen corporal alterada
 - Julie Varns¹¹

Dominio 7. Relaciones de roles

- Paternidad deteriorada, Riesgo de paternidad deteriorada, Disponibilidad para mejorar paternidad
 - T. Heather Herdman¹⁰
- Interacción social deteriorada
 - Hortensia Castañedo-Hidalgo⁶

Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés

- Ansiedad, miedo
 - Aline A. Eduardo²
- Ansiedad por la muerte
 - Claudia Angélica MF Mercês, Jaqueline SS Souto, Kênia RL Zac-caro, Jackeline F. Souza, Cândida C. Primo, Marcos Antônio G. Brandão²
- Impotencia, riesgo de impotencia

- Renan A. Silva², Álissan Karine L. Martins², Natália B. Castro², Anna Virgínia Viana², Howard K. Butcher¹¹, Viviane M. Silva²

Dominio 10. Principios de vida

- Disponibilidad para el bienestar espiritual
 - Chontay D. Glenn¹¹
 - Silvia Caldeira, Joana Romeiro, Helga Martins⁷
 - Camila T. Lopes²
- Angustia espiritual y riesgo de angustia espiritual
 - Silvia Caldeira, Joana Romeiro, Helga Martins⁷
 - Chontay D. Glenn¹¹

Dominio 11. Seguridad / protección


- Riesgo de infección
 - Camila T. Lopes, Vinicius B. Santos, Daniele Cristina B. Aprile, Juliana L. Lopes, Tania AM Domingues, Karina Costa²
- Ineflmpieza efectiva de las vías respiratorias
 - Viviane M. Silva, Marcos Venícios O. Lopes, Daniel Bruno R. Chaves, Livia M. Pascoal, Livia Zulmyra C. Andrade, Beatriz A. Beltrão, Vanessa Emile C. Sousa²
 - Silvia A. Alonso, Susana A. López, Almudena B. Rodríguez, Luisa P. Hernandez, Paz V. Lozano, Lidia P. López, Ana Campillo, Ana Frías María E. Jiménez, David P. Otero, Grupo de Enfermería Respiratoria Neumomadrid⁸
 - Gianfranco Sanson⁴
- Riesgo de aspiración
 - Fernanda REG Souza, Renata K. Reis²
 - Nirla G. Guedes, Viviane M. Silva, Marcos Venícios O. Lopes²
- Riesgo de ojo seco
 - Elem K. Güler, Ismet Eser¹⁰
 - Diego D. Araujo, Andreza Werli-Alvarenga, Tânia CM Chianca²
 - Jéssica NM Araújo, Allyne F. Vitor²
- Riesgo de lesión del tracto urinario
 - Danielle Garbuio, Emilia C. Carvalho, Anamaria A. Napoleão²
- Riesgo de lesión de posición perioperatoria
 - Danielle Garbuio, Emilia C. Carvalho²
 - Camila Mendonça de Moraes, Namie Okino Sawada²
- Riesgo de shock
 - Luciana Ramos Corrêa Pinto, Karina O. Azzolin, Amália de Fátima Lucena²

- Integridad de la piel deteriorada, Riesgo de integridad de la piel deteriorada, Tejido dañado integridad y riesgo de deterioro de la integridad del tejido
 - Edgar Noé M. García⁶
 - Camila T. Lopes²
- Retraso en la recuperación quirúrgica y riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica
 - Thalita G. Carmo, Rosimere F. Santana, Marcos Venícios O. Lopes, Simone Rembold²
- Riesgo de reacción alérgica al látex
 - Sharon E. Hohler¹¹
 - Camila T. Lopes²
- Hipotermia y riesgo de hipotermia
 - T. Heather Herdman¹¹
- Riesgo de hipotermia perioperatoria
 - Manuel Schwanda¹, Maria Müller-Staub⁹, André Ewers¹

Dominio 12. Comodidad

- Síndrome de dolor crónico
 - Thainá L. Silva, Cibele AM Pimenta, Marina G. Salvetti²
- El dolor del parto
 - Luisa Eggenschwiler, Monika Linhart y Eva Cignacco⁹
- Aislamiento social
 - Hortensia Castañeda-Hidalgo⁶
 - Amália de Fátima Lucena²

1.4 Cambios en las etiquetas de diagnóstico de enfermería

Se realizaron cambios en 17 etiquetas de diagnóstico de enfermería para garantizar que la etiqueta de diagnóstico fuera coherente con la literatura actual y reflejara una respuesta humana. Los cambios en la etiqueta de diagnóstico se muestran en  Cuadro 1.3. Debido a que también se produjeron cambios importantes en las definiciones y los indicadores de diagnóstico, los diagnósticos originales se retiraron de la clasificación, los nuevos diagnósticos reemplazaron a los originales y se asignaron nuevos códigos.

1.5 Diagnósticos de enfermería jubilados

En la edición anterior de la clasificación NANDA-I, se asignaron 92 diagnósticos para eliminarlos de esta edición, a menos que se completara un trabajo adicional para llevarlos a un nivel adecuado de evidencia o para identificar indicadores de

diagnóstico apropiados. Entre ellos, 52 fueron revisados con éxito y enviados a NANDA-I como parte del Grupo de Trabajo del DDC, o por personas que

Tabla 1.3 Cambios en las etiquetas de diagnóstico de enfermería de los diagnósticos de enfermería NANDA-I, 2021-2023


Dominio	Etiqueta de diagnóstico previo	Nueva etiqueta de diagnóstico
1. Salud promoción	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	Mantenimiento ineficaz de la salud comportamientos (00292)
	Gestión de la salud ineficaz (00078)	Autogestión ineficaz de la salud (00276)
	Preparación para una salud mejorada (00162)	Preparación para mejorar la salud gestión (00293)
	Gestión ineficaz de la salud familiar (00080)	Salud familiar ineficaz gestión (00294)
	Mantenimiento del hogar deteriorado (00098) *	Mantenimiento ineficaz del hogar comportamientos (00300)
2. Nutrición	Patrón de alimentación infantil ineficaz (00107)	Infante ineficaz succionar-tragar respuesta (00295)
	Riesgo de sincronización de desequilibrio metabólico (00263)	Riesgo de síndrome metabólico (00296)
3. Eliminación e intercambio	Incontinencia urinaria funcional (00020)	Incontinencia urinaria asociada a discapacidad (00297)
	Incontinencia intestinal (00014)	Continencia intestinal alterada (00319)
4. Actividad / descanso	Intolerancia a la actividad (00092)	Disminución de la tolerancia a la actividad (00298)
	Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad (00299)
9. Afrontamiento / estrés tolerancia	Duelo complicado (00135)	Duelo inadaptado (00301)
	Riesgo de duelo complicado (00172)	Riesgo de duelo inadaptado (00302)
11. Seguridad / protección	Riesgo de caídas (00155)	Riesgo de caídas en adultos (00303)
	Riesgo de úlcera por presión (00249)	Riesgo de lesión por presión en adultos (00304)
	Riesgo de suicidio (00150)	Riesgo de comportamiento suicida (00289)
13. Crecimiento / desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)	Riesgo de retraso en el desarrollo infantil (00305)
* Anteriormente, este diagnóstico se ubicaba en el Dominio 4. Con la nueva conceptualización, ahora se ubica en el Dominio 1.		

revisiones proporcionadas de forma independiente. Sin embargo, no recibimos ninguna revisión en 40 diagnósticos. Debido a los retrasos entre la publicación en inglés y las versiones traducidas en otros países, hemos pospuesto la eliminación de estos diagnósticos restantes, con el fin de dar a los investigadores más tiempo para abordar sus revisiones. Si no se completa el trabajo adicional, se eliminarán a partir del 2024-Edición 2026. Cabe

señalar que la revisión de estos diagnósticos se considera una prioridad para NANDA-I en el próximo ciclo de la DDC.

Tabla 1.4 Diagnósticos eliminados de los diagnósticos de enfermería NANDA-I, 2021-2023

Dominio	Clase	Etiqueta de diagnóstico	Código
1	2	Mantenimiento ineficaz de la salud	00099
	2	Gestión de la salud ineficaz	00078
	2	Preparación para una mejor gestión de la salud	00162
	2	Gestión ineficaz de la salud familiar	00080
2	1	Patrón de alimentación infantil ineficaz	00107
	4	Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico	00263
3	1	Incontinencia urinaria funcional	00020
	1	Incontinencia urinaria por rebosamiento	00176
	1	Incontinencia urinaria refleja	00018
	2	Incontinencia intestinal	00014
4	4	Intolerancia a la actividad	00092
	4	Riesgo de intolerancia a la actividad	00094
	5	Mantenimiento del hogar deteriorado	00098
9	2	Afligido	00136
	2	Duelo complicado	00135
	2	Riesgo de duelo complicado	00172
	3	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	00049
11	2	Riesgo de caídas	00155
	2	Riesgo de úlcera por presión	00249
	2	Riesgo de tromboembolismo venoso	00268
	3	Riesgo de suicidio	00150
	5	Reacción alérgica al látex	00041
13	2	Riesgo de retraso en el desarrollo	00112

Veintitrés de los 52 diagnósticos que fueron revisados por expertos en contexto fueron eliminados de la clasificación, con base en la evidencia presentada para respaldar la eliminación. Los diagnósticos que se han eliminado de la clasificación se enumeran en  Cuadro 1.4.

La justificación para el retiro de estos diagnósticos agrupados en unas pocas categorías: (1) hay nueva investigación disponible que sugiere que los términos anteriores están desactualizados o han sido reemplazados en la literatura de enfermería, (2) falta de factores relacionados modificables por intervenciones de enfermería independientes, (3) el diagnóstico no cumple con la definición de un diagnóstico centrado en el problema.

Ineffmantenimiento de la salud efectiva, mantenimiento deficiente del hogar, ineffgestión de la salud efectiva, preparación para mejorar la gestión de la salud,ffEl manejo efectivo de la salud familiar, el riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico, la incontinencia intestinal y la incontinencia urinaria funcional se eliminaron porque los expertos en contenido, en el curso de la revisión de la literatura, encontraron términos más apropiados.

para describir el enfoque diagnóstico. Además, estas revisiones de la literatura proporcionaron claridad sobre las definiciones y los factores relacionados. Se indicó que NANDA-I necesitaba retirar los términos antiguos, que podrían ser confusos para los médicos, y adoptar aquellos con el apoyo de la literatura de investigación actual. Referirse a

► Cuadro 1.3.

La incontinencia urinaria por rebosamiento se eliminó porque es una característica definitoria de la retención urinaria, que debería ser el foco real de las intervenciones de enfermería.

La ausencia de factores relacionados modificables por intervenciones de enfermería independientes en la literatura llevó a la eliminación de la incontinencia urinaria refleja y disminuyó la capacidad de adaptación intracraneal.

El patrón de alimentación infantil efectivo se eliminó porque la frase "patrón de alimentación", cuando se traduce del inglés a otros idiomas, puede inducir a error e interpretarse inadecuadamente como el acto de ser alimentado, a diferencia de la capacidad de un bebé para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución. Este diagnóstico ahora está representado por la etiqueta, ineficaz respuesta de succión y deglución del lactante (00295).

Se eliminaron la intolerancia a la actividad y el riesgo de intolerancia a la actividad para permitir la creación de etiquetas de diagnóstico que incorporan un término de juicio. Estos diagnósticos fueron reemplazados por una disminución de la tolerancia a la actividad (00298) y el riesgo de una disminución de la tolerancia a la actividad (00299).

Los revisores no encontraron factores relacionados para la reacción alérgica al látex que fueran modificables mediante intervenciones de enfermería independientes. Sin embargo, las enfermeras evalúan y pueden intervenir de forma independiente sobre el riesgo de reacción alérgica al látex (00217), que permanece en la clasificación.

El duelo es una respuesta humana normal y, por lo tanto, no cumple con la definición de un diagnóstico de enfermería centrado en el problema. Esto no sugiere que las enfermeras no apoyen a los pacientes en duelo. Las enfermeras deben evaluar el riesgo de duelo desadaptativo (00302) y duelo desadaptativo (00301). Además, los pacientes pueden indicar un deseo de mejorar su experiencia de duelo (preparación para un duelo mejorado, 00285).

El riesgo de caídas y el riesgo de úlcera por presión se eliminaron porque las revisiones de la literatura realizadas por expertos en contenido proporcionaron evidencia de que existen científicamente diferentes factores de riesgo de caídas y lesiones por presión en adultos, niños y / o recién nacidos. Por lo tanto, estos diagnósticos fueron reemplazados por términos específicos más granulares. Además, el diagnóstico de úlcera por

presión focalizada se actualizó a lesión por presión, de acuerdo con la literatura especializada más actualizada.


Se eliminó el riesgo de tromboembolismo venoso porque no se encontraron factores de riesgo claramente diferenciados de tromboembolismo venoso y tromboembolismo arterial que son modificables mediante intervenciones de enfermería independientes. El nuevo diagnóstico, riesgo de trombosis (00291), incluye factores de riesgo para ambos tipos de trombosis.

Se eliminó el riesgo de suicidio porque el nuevo enfoque diagnóstico, la conducta suicida, representa con mayor precisión el fenómeno que preocupa a las enfermeras. Suicidio- el acto de suicidarse -sería un resultado indeseable después de conductas suicidas. Este diagnóstico fue reemplazado por riesgo de conducta suicida (00298).

El riesgo de retraso en el desarrollo se retiró porque su definición se representó con mayor precisión mediante la adición del eje de edad, niño, a la etiqueta. Por lo tanto, este diagnóstico fue reemplazado por riesgo de retraso en el desarrollo infantil (00305).

1.6 Diagnósticos de enfermería de NANDA-I: estandarización de términos de indicadores

Nuestro trabajo para disminuir la variación en los términos utilizados para definir características, factores relacionados y factores de riesgo continuó durante esta duodécima edición de la clasificación. Implicó búsquedas de literatura, discusión y consulta con expertos clínicos en diferentes especialidades de enfermería en todo el mundo. Aunque el desarrollo de la tecnología hizo que fuera más fácil encontrar términos / frases similares o aquellos que tenían dificultades. Los trabajos de traducción, por ejemplo, esta no fue una tarea sencilla y tomó decenas de horas para completar. A pesar de esto, sabemos que no será perfecto y que el trabajo continuará en la próxima edición.

Los lectores notarán que muchos diagnósticos tienen modificaciones menores en los términos (p. Ej., Alteración en el metabolismo en el 11th se alterará el metabolismo en la edición actual). También se completó el trabajo en todas las condiciones asociadas y poblaciones en riesgo, como se señaló en la edición anterior que este trabajo ocurriría durante este ciclo. Este trabajo se centró en la claridad de los términos y en la estandarización de la forma en que se expresaron los términos. Estos cambios no se consideran ediciones de contenido, sino que son cambios editoriales. Aquellos diagnósticos con términos que solo tuvieron cambios editoriales no aparecen en  Cuadro 1.2.

Los beneficios de este trabajo de revisión son muchos, pero los siguientes tres son quizás los más notables:

1.6.1 Mejora de la traducción

Ha habido múltiples preguntas y comentarios de los traductores con respecto a términos anteriores, lo que nos recordó la necesidad de este trabajo. Por ejemplo:

- Hay muchos términos / frases similares y la forma en que los traduciría términos es exactamente el mismo en mi idioma. ¿Puedo usar el mismo término / frase, o debo traducir estos términos differently? Actualmente, incluso si no lo haríamos en la práctica diaria? Hasta la fecha, no hemos requerido a los remitentes de diagnósticos de enfermería que busquen en la terminología términos / frases que ya existen para estandarizar sus términos. Como resultado, el número de términos / frases de indicadores de diagnóstico en la terminología ha aumentado sustancialmente a lo largo de los años.
- Es importante que los traductores garanticen la claridad conceptual al traducir el término / frase. Si hay una diferencia conceptual en dos términos en el inglés original (por ejemplo, desamparo y desesperanza), entonces no pueden usar el mismo término para representar estos dos conceptos separados. Sin embargo, traductores' Las luchas a menudo resultan de una falta de estandarización del original.

Términos / frases en inglés. Aquí está uno de los ejemplos en el 11th edición: el término anorexia se usó en ocho diagnósticos, apareció falta de apetito en tres diagnósticos, disminución del apetito en dos diagnósticos y pérdida de apetito en un diagnóstico. Sería difícil, si no imposible traducir estos términos en algunos idiomas de una manera que claramente diferencia los términos.

Disminuir la variación en estos términos / frases debería facilitar el proceso de traducción, ya que ahora se utilizará un término / frase en toda la terminología para indicadores de diagnóstico similares. En esta edición, iniciamos la incorporación de términos de Encabezamientos de Materia Médica (MeSH) siempre que fue posible. Los MeSH componen la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.'s thesaurus de vocabulario controlado, utilizado para indexar artículos para la base de datos MEDLINE® / PubMed®. Los términos MeSH se definen y sirven como un tesoro que facilita la búsqueda. Aunque los términos MeSH no se pueden ver en este texto, nuestros traductores tuvieron acceso a los términos MeSH, siempre que fueron adoptados, junto con sus definiciones. Estos términos MeSH y sus definiciones deberían ayudar a los traductores a crear una traducción más precisa. Para el ejemplo que discutimos anteriormente, relacionado con el apetito, hemos adoptado el término MeSH, anorexia, que se define como "la falta o pérdida del apetito acompañada de una aversión a la comida y la incapacidad para comer". Esto significa que este término reemplaza a los cuatro términos anteriores.

También hemos hecho todo lo posible para condensar los términos y estandarizarlos, siempre que sea posible.

1.6.2 Mejora de la coherencia terminológica

Hemos recibido otras preguntas que fueron difícil para responder. Por ejemplo: cuando dices "inadecuado" en inglés, ¿eso significa falta de calidad o es la cantidad lo que falta? La respuesta es a menudo, "¡Ambos!" Aunque la dualidad de esta palabra está bien aceptada en inglés, la falta de claridad no apoya al clínico en ningún idioma, y la hace muy difusa. Difícil a traducir a idiomas en los que un diffe usaría una palabra diferente dependiendo del significado pretendido. Desafortunadamente, otras palabras similares, como insuficiente, inadecuado y deficiente, también se han utilizado en la terminología. En esta edición, decidimos usar el término inadecuado, de manera consistente para señalar una falta de calidad y / o falta de cantidad, mientras que el término insuficiente, se utiliza únicamente para indicar falta de cantidad. Además, la palabra deficiente se utiliza para referirse a la falta de algunos elementos o características. Por ejemplo, las frases insuficiente acceso a los recursos y la inmunidad deficiente, en la undécima edición, se revisan a acceso inadecuado a los recursos e inmunidad inadecuada, respectivamente, en esta edición.

Otra pregunta identificó la necesidad de una definición clara de diferenciación entre términos de uso común: ¿Cuáles son las diferencias, si las hay, entre enfermedad y dolencia? Estos términos no son completamente exclusivos y las definiciones en inglés pueden resultar confusas. Sin embargo, es necesario establecer algunas reglas para el uso coherente de estos términos en la terminología. El término MeSH, enfermedad, se define como "un proceso patológico definido con un conjunto característico de signos y síntomas". Es decir, la enfermedad se usa para una afección médica específica con un nombre y síntomas claros, que necesita ser tratada, como una enfermedad cardiovascular o una enfermedad inflamatoria intestinal. Mientras tanto, la enfermedad se usa para el paciente.'s experiencia subjetiva de síntomas y condiciones nocivas para la salud, que deben ser tratadas, como una enfermedad crónica o una enfermedad física.

1.6.3 Facilitación de la codificación de indicadores de diagnóstico

A menudo escuchamos voces de enfermeras y estudiantes confundidos por la larga lista de indicadores de diagnóstico. Realmente no sé si este diagnóstico es adecuado para mi paciente. ¿Tengo que encontrar todas las características definitorias y factores relacionados del diagnóstico con mi paciente? En la etapa de desarrollo actual de los diagnósticos de enfermería, los criterios diagnósticos no son tan claros como en la mayoría de los diagnósticos médicos. La identificación de criterios diagnósticos de enfermería basados en la investigación es una tarea urgente para la comunidad de enfermería. Sin criterios diagnósticos, es difícil para que hagamos un diagnóstico de enfermería certero. Además, no hay garantía de que enfermeras de todo el

mundo utilicen el mismo diagnóstico de enfermería para una respuesta humana similar.

Este trabajo facilita la codificación de los indicadores de diagnóstico, lo que debería facilitar su uso para poblar bases de datos de evaluación dentro de las historias clínicas electrónicas (HCE). Todos los términos ahora están codificados para su uso en sistemas EHR, que es algo que muchas organizaciones y proveedores nos han pedido con frecuencia que hagamos. En un futuro próximo, es posible descubrir qué características definatorias ocurren con mayor frecuencia dentro de los datos de evaluación cuando se documenta un diagnóstico de enfermería, lo que podría conducir a la identificación de criterios diagnósticos críticos. Además, la identificación de los factores relacionados (causales) más comunes encontrados para cada diagnóstico también facilitará las intervenciones de enfermería adecuadas. Todo esto facilita el desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones con respecto a la precisión en el diagnóstico, así como la vinculación del diagnóstico con la evaluación,

2 Consideraciones internacionales sobre el uso de los diagnósticos de enfermería de NANDA-I

T. Heather Herdman

Como señalamos anteriormente, NANDA International, Inc. comenzó inicialmente como una organización norteamericana y, por lo tanto, los primeros diagnósticos de enfermería fueron desarrollados principalmente por enfermeras de Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, durante los últimos 20 a 30 años, ha habido una participación creciente de enfermeras de todo el mundo, y la membresía en NANDA International, Inc. ahora incluye enfermeras de casi 40 países, y casi dos tercios de sus miembros provienen de países fuera de América del Norte. El trabajo se está produciendo en todos los continentes utilizando los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en los planes de estudio, la práctica clínica, la investigación y las aplicaciones informáticas. El desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos están en curso en varios países, y la mayoría de las investigaciones relacionadas con los diagnósticos de enfermería de NANDA-I se están llevando a cabo fuera de América del Norte.

Como reflejo de esta mayor actividad, contribución y utilización internacional, la Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte cambió su alcance a una organización internacional en 2002, cambiando su nombre a NANDA International, Inc. Así que, por favor, le pedimos que no remita a la organización

alcance nacional, y no es el nombre legal de la organización. Retenemos "NANDA" dentro de nuestro nombre debido a su estatus en la profesión de enfermería, por lo que piense en ello más como una marca comercial o un nombre de marca que como un acrónimo, ya que ya no "representa" el nombre original de la asociación.

A medida que la NANDA-I experimenta una mayor adopción mundial, los problemas relacionados con las diferencias en el alcance de la práctica de enfermería, diversidad de modelos de práctica de enfermería, leyes y reglamentos divergentes, competencia de enfermería y diferencias educativas deben abordarse las diferencias. En 2009, NANDA-I celebró una reunión internacional de grupos de expertos, en la que participaron 86 personas que representaban a 16 países. Durante esa reunión, se produjeron importantes discusiones sobre la mejor manera de manejar estos y otros asuntos. Las enfermeras de algunos países no

pueden utilizar diagnósticos de enfermería de naturaleza más fisiológica porque están en conflicto con su ámbito actual de práctica de enfermería. Las enfermeras en otras naciones se enfrentan a regulaciones destinadas a garantizar que todo lo que se hace en la práctica de la enfermería se pueda demostrar

basarse en la evidencia y, por lo tanto, enfrentar dificultades con algunos de los diagnósticos de enfermería más antiguos y / o aquellas intervenciones vinculadas que no están respaldadas por un nivel sólido de literatura de investigación. Por lo tanto, se mantuvieron conversaciones con líderes internacionales en el uso y la investigación del diagnóstico de enfermería, buscando una dirección que satisfaga las necesidades de la comunidad mundial.

Estas discusiones dieron como resultado una decisión unánime de mantener la taxonomía como un cuerpo de conocimiento intacto en todos los idiomas, a fin de permitir que las enfermeras de todo el mundo vean, discutan y consideren los conceptos de diagnóstico que utilizan las enfermeras dentro y fuera de sus países, y participar en discusiones, investigaciones y debates sobre la idoneidad de todos los diagnósticos. Aquí se anota una declaración crítica acordada en esa Cumbre antes de presentar los propios diagnósticos de enfermería:

No todos los diagnósticos de enfermería dentro de la taxonomía NANDA-I son apropiados para todas las enfermeras en la práctica, ni nunca lo han sido. Algunos de los diagnósticos son específicos de la especialidad y no necesariamente serían utilizados por todas las enfermeras en la práctica clínica. . . Hay diagnósticos dentro de la taxonomía que pueden estar fuera del alcance o los estándares de la práctica de enfermería que rigen un área geográfica particular en la que ejerce una enfermera.

Esos diagnósticos y / o factores de riesgo relacionados, en estos casos, no serían apropiados para la práctica y no deberían usarse si se encuentran fuera del alcance o los estándares de la práctica de enfermería para una región geográfica en particular. Sin embargo, es apropiado que estos diagnósticos permanezcan visibles en la clasificación, porque la clasificación representa juicios clínicos hechos por enfermeras de todo el mundo, no solo aquellos hechos en una región o país. Toda enfermera debe conocer y trabajar dentro de los estándares y el alcance de la práctica y cualquier ley o reglamentación dentro de la cual tenga licencia para ejercer. Sin embargo, también es importante que todas las enfermeras estén al tanto de las áreas de la práctica de la enfermería que existen a nivel mundial, ya que esto informa la discusión y, con el tiempo, puede apoyar la ampliación de la práctica de la enfermería en otros países. En cambio,

Dicho esto, es importante que no evite el uso de un diagnóstico porque, en opinión de un experto local o un libro de texto publicado, no es apropiado. He conocido a enfermeras autoras que indican que las enfermeras de quirófano "no puede diagnosticar porque no't evaluar", o que las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos "tener que practicar bajo un estricto protocolo médico que no'incluir

diagnóstico de enfermería". Ninguna de estas declaraciones es fáctica, sino que representa las opiniones personales de esas enfermeras. Por lo tanto, es importante educarse verdaderamente sobre la regulación, la ley y los estándares profesionales de práctica en un solo lugar.'s propio país y área de práctica, en lugar de depender de la palabra de una persona, o grupo de personas, que pueden estar definiendo o describiendo incorrectamente el diagnóstico de enfermería.

En definitiva, las enfermeras deben identificar aquellos diagnósticos que sean adecuados para su área de práctica, que se ajusten a su ámbito de práctica o normativa legal, y para los que tengan competencia. Los educadores de enfermería, los expertos clínicos y los administradores de enfermería son fundamentales para garantizar que las enfermeras estén al tanto de los diagnósticos que están realmente fuera del alcance de la práctica de enfermería en una determinada región geográfica. Hay disponibles varios libros de texto en muchos idiomas que incluyen toda la terminología NANDA-I, por lo que que el texto NANDA-I elimine los diagnósticos de un país a otro sin duda generaría un gran nivel de confusión en todo el mundo. La publicación de la clasificación de ninguna manera requiere que una enfermera utilice todos los diagnósticos dentro de ella, ni justifica la práctica fuera del alcance de un individuo.'s licencia de enfermería o reglamentos para ejercer.

Parte 2

Recomendaciones de investigación para Mejorar la terminología

3	Mejora futura de la terminología NANDA-I	50
4	Criterios revisados de nivel de evidencia para la presentación de diagnósticos	57

3 Mejora futura de la terminología NANDA-I

Shigemi Kamitsuru, T. Heather Herdman, Camila Takáo Lopes

3.1 Prioridades de investigación

Como se señaló anteriormente, una de las principales prioridades para el próximo ciclo es la revisión o retiro de los 41 diagnósticos que no fueron revisados para esta 12th edición. En segundo lugar, fomentamos los estudios de validación clínica de los diagnósticos, con muestras de gran tamaño y preferiblemente en distintos sitios y población de pacientes. Muchos estudios se realizan con poblaciones de pacientes que tienen un diagnóstico médico particular (afección asociada), por ejemplo, el estudio de Ferreira et al. (2020) sobre disfunción sexual (00059) en pacientes con cáncer de mama. En otros casos, los estudios de validación se producen en poblaciones de riesgo, como la dificultad para caminar (00088) en los ancianos (Marques-Vieria et al., 2018). Si bien estos estudios son útiles para quienes trabajan en áreas de especialidad, no brindan la amplitud de comprensión de un diagnóstico que podría ocurrir si un enfoque considerara a todos los pacientes ingresados en el hospital, o que reciben atención en el hogar, o son atendidos en un ambulatorio. clínica, por ejemplo.

Es fundamental realizar más investigaciones que proporcionen información sobre qué indicadores de evaluación son más predictivos de que un paciente desarrolle una afección que está representada por un diagnóstico de enfermería. Esto nos permitirá reducir la lista de indicadores clínicos, o separar las listas en características definitorias críticas (CD), o aquellas que deben estar presentes para hacer un diagnóstico, y CD de apoyo. Asimismo, se ha prestado poca atención a los factores de riesgo relacionados para los diagnósticos de enfermería en los estudios de investigación, pero son los factores relacionados los que deberían impulsar principalmente la intervención. Por lo tanto, apoyamos firmemente los estudios que brindan a las enfermeras información sobre qué factores relacionados son más críticos para el diagnóstico, de modo que se puedan realizar estudios de intervención para eliminar o minimizar los efectos de las causas de los diagnósticos o factores de riesgo para un diagnóstico.

Dado que las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas son información de apoyo para el razonamiento diagnóstico, pero no elementos centrales de un diagnóstico, no se recomienda la investigación que se centre únicamente en estos elementos.

3.2 Refinamiento y diagnósticos a desarrollar

La evolución de nuestro lenguaje científico es un proceso continuo; no hay un punto final en el que la terminología esté completa. Más bien, habrá continuas revisiones y adiciones a la terminología, junto con retiros de ella, a medida que evolucione el conocimiento. Algunas de estas evoluciones son de naturaleza más editorial, como el desarrollo de un esquema específico para definiciones y frases de términos indicadores de diagnóstico. Otros son más complejos y requieren discusiones e investigaciones extensas para posicionar mejor la terminología NANDA-I como el lenguaje de diagnóstico de enfermería estandarizado más fuerte, más basado en evidencia. Los siguientes temas representan algunos de los temas críticos a los que esperamos atraer a los investigadores.' atención inmediata.

¿Síntomas o diagnósticos de enfermería? Los diagnósticos de enfermería de NANDA-I son conceptos construidos mediante un sistema multiaxial; sin embargo, algunas de las etiquetas de diagnóstico actuales no cumplen con las especificaciones de este modelo. Algunas etiquetas se construyen con un solo término del eje 1 (el foco del diagnóstico) y, a menudo, se consideran síntomas: por ejemplo, estreñimiento (00011), insomnio (00095), deambulación (00154), desesperanza (00124), miedo. (00148) e hipertermia (00007). Aunque algunos otros se construyen con dos términos, uno del eje 1 y otro del eje 6 (tiempo), también pueden ser síntomas: por ejemplo, confusión aguda (00128), dolor crónico (00137) y dolor agudo (00132). Ninguna de estas etiquetas de diagnóstico tiene términos explícitos del eje 3 (juicio), que se supone que están incluidos en el enfoque del diagnóstico. ¿Qué evalúan exactamente las enfermeras y cuál es su opinión sobre estos síntomas? ¿Es la presencia?

Hay otro problema con estas etiquetas de diagnóstico. Actualmente, la ansiedad (00146) y la fatiga (00093) se clasifican como diagnósticos dentro de la clasificación de diagnóstico de enfermería NANDA-I. Sin embargo, estos términos también se encuentran como características definitorias de muchos otros diagnósticos de enfermería. Es difícil para comprender que pueden ser tanto diagnósticos de enfermería como características definitorias. Esto es confuso para muchos usuarios, por lo que a menudo escuchamos: "¿Se supone que debo diagnosticar la ansiedad en sí misma, o debo considerar la ansiedad como una característica definitoria de otros diagnósticos de enfermería?" "Creo que mi paciente'Los problemas son la fatiga y el afrontamiento ineficaz (00069). ¿Debo documentar ambos diagnósticos, o simplemente inffrontamiento eficaz, ya que incluye la fatiga dentro de sus características definitorias?"

Recomendamos una revisión de estos temas para determinar si los síntomas deben pertenecer a la clasificación actual de diagnóstico de enfermería de NANDA-I. Es posible que debamos crear una clasificación secundaria de síntomas, o es posible que debamos eliminarlos de la clasificación por completo porque estos

los síntomas no encajan dentro de la estructura multiaxial. Recientemente, los conceptos de "control de síntomas" y "autocontrol de los síntomas" están recibiendo un gran atención en la literatura de enfermería. Es posible que necesitemos reconceptualizar los diagnósticos de síntomas dentro de la clasificación NANDA-I para reflejar la evidencia más reciente. Por ejemplo, en lugar de simplemente nombrar el síntoma de náuseas (00134), se puede utilizar una etiqueta de diagnóstico clínicamente útil "ineffcontrol efectivo de las náuseas" y / o "ineffautocontrol efectivo de las náuseas". Asimismo, en lugar del diagnóstico de síntomas de dolor crónico (00133), "ineffcontrol efectivo del dolor crónico" y / o "ineffautocontrol efectivo del dolor crónico" puede ser más útil clínicamente. Sin embargo, es importante que estas etiquetas de diagnóstico representen al paciente's respuestas humanas, y no indican un problema de cuidados de enfermería.

Nivel apropiado de granularidad del diagnóstico. Otro tema frecuente de discusión es qué nivel de granularidad debe usarse para los diagnósticos de enfermería en la terminología. ¿Deben los diagnósticos ser amplios (abstractos), específicos (concretos) o ambos? Por ejemplo, hay dos diagnósticos centrados en problemas que abordan cuestiones relacionadas con el peso corporal: sobrepeso (00233) y obesidad (00232). Estos se diagnostican específicamente en función del índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, no existe un diagnóstico más amplio que aborde la continuidad del manejo del peso corporal, como enffcontrol de peso efectivo o ineffautocontrol efectivo del peso. Otro ejemplo son tres diagnósticos que centran los problemas en la dinámica de la alimentación (alimentación): ineffdinámica de alimentación efectiva de los adolescentes (00269), ineffdinámica de alimentación infantil efectiva (00270), yffdinámica de alimentación infantil efectiva (00271). Estos son tres diagnósticos específicos basados en la edad / etapa de desarrollo del sujeto. Sin embargo, no existe un diagnóstico más amplio que aborde el problema de la dinámica de la alimentación en todos los grupos de edad, como enffDinámica de alimentación efectiva.

La clasificación actual de NANDA-I incluye diagnósticos de enfermería con varios niveles de granularidad. Por ejemplo, el diagnóstico de deterioro de la integridad del tejido (00044) es más amplio que el deterioro de la integridad de la piel (00046) y el deterioro de la integridad de la mucosa oral (00045). Algunas enfermeras argumentarían que todo lo que se requiere es una integridad tisular deteriorada, porque los problemas relacionados con la piel y las membranas mucosas podrían tratarse con este diagnóstico; otras enfermeras prefieren los diagnósticos más específicos. Sin embargo, en general, los diagnósticos más granulares o más específicos pueden orientar mejor la atención precisa del paciente.

Tener diagnósticos de enfermería amplios y específicos nos ayudará a desarrollar una taxonomía más organizada y jerárquica. Además, nuestra

clasificación de diagnósticos de enfermería, con varios niveles de granularidad, puede ayudar a las enfermeras'razonamiento clínico guiando la categorización de los datos clínicos desde lo abstracto a lo más concreto. Por ejemplo, al evaluar a un paciente que está

Si se queja de incontinencia, primero puede considerar un diagnóstico amplio o más general, como la eliminación de orina alterada (00085). Luego, tras una evaluación y / o reflexión adicionales, es posible que pueda limitar el enfoque a un diagnóstico más específico, incontinencia urinaria de urgencia (00238).

No nos oponemos a desarrollar diagnósticos granulares, porque estos pueden orientar cuidados de enfermería específicos. Sin embargo, existe una gran necesidad de determinar qué nivel de granularidad se consideraría adecuado. ¿Existe un nivel de granularidad que podría considerarse demasiado específico? Por ejemplo, ¿realmente queremos tener un diagnóstico, movilidad reducida del pulgar izquierdo?

¿Qué se necesita para mejorar la traducción? La cuestión de la granularidad también es importante en la traducción, en la comprensión del enfoque del diagnóstico en idiomas diferentes, y en la aplicabilidad de los diagnósticos en la práctica clínica a nivel internacional. Un ejemplo de esto podría ser el diagnóstico de riesgo de caídas (00155). Una persona puede caerse por las escaleras, caerse de la cama o caerse mientras camina por la habitación. Sin embargo, en el idioma inglés original, solo hay un término -otoño -que se utiliza para expresar cualquier caída involuntaria de superficies superiores a superficies inferiores, o de una posición de pie a una posición inferior en la misma superficie. En algunos idiomas, estos son conceptos diferentes, y los términos utilizados son, por lo tanto, diferentes. Como resultado, las enfermeras toman diferentes precauciones para cada tipo de caída e informar sobre estos incidentes por separado. Incluso podría considerarse peligroso combinar dos diferentes problemas de enfermería en un único diagnóstico de enfermería. Puede ser necesario considerar que algunos idiomas estarían mejor servidos para tener diferentes diagnósticos de enfermería para abordar aquellos fenómenos que no pueden traducirse con precisión como un término del idioma inglés original.

En esta edición, la etiqueta de diagnóstico, intolerancia a la actividad (00092) se ha revisado a tolerancia a la actividad disminuida (00298). Esta revisión se basó en la discusión sobre los ejes, especialmente el eje 1 (el foco del diagnóstico) y el eje 3 (juicio). Se ha explicado previamente que el foco de la intolerancia a la actividad es la tolerancia a la actividad, y la etiqueta de diagnóstico contenía el juicio "en-". El inglés, el prefijo "en-" generalmente significa "no" o "imposible". Sin embargo, simplemente negando la respuesta humana de "tolerancia a la actividad" no tiene sentido como una etiqueta de diagnóstico, y ha demostrado ser difícil para traducir este término en algunos idiomas. Por lo tanto, se examinó cuidadosamente la definición y se determinó que el término de sentencia reflejado en esa definición era "disminuido". Esta modificación facilitará una traducción precisa, así como el uso constante de etiquetas de diagnóstico a nivel internacional. Del mismo modo, hay algunas

otras etiquetas de diagnóstico que deben considerarse: por ejemplo, desequilibrado

nutrición: menos de los requisitos corporales (00002) y disfunción sexual (00059) también causan trastornos con traducción.

¿El enfoque del diagnóstico capta los recursos humanos apropiados? El enfoque de un diagnóstico (eje 1) describe la respuesta humana que es el núcleo del diagnóstico. Sin embargo, un examen cuidadoso del eje 1 de las etiquetas de diagnóstico en la clasificación NANDA-I reveló etiquetas cuestionables: conocimiento deficiente (00126) y disposición para mejorar el conocimiento (00161). El foco de estos diagnósticos es obviamente "conocimiento". Sin embargo, ¿el conocimiento refleja una respuesta humana?

La Biblioteca Nacional de Medicina's La base de datos MeSH define el conocimiento como "el cuerpo de verdades o hechos acumulados en el transcurso del tiempo, el acumulado suma de información, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización, período o país". El término conocimiento, por tanto, no contiene una respuesta humana a un estímulo interno o externo. En algunos idiomas, una traducción literal de preparación para un conocimiento mejorado no tenía sentido, por lo que un término local que significa "adquisición" se ha agregado después del término "conocimiento". Es posible que, en el inglés original, el enfoque del diagnóstico también pueda cambiarse a la adquisición de conocimientos, el logro de conocimientos o la adquisición de conocimientos.

Al mismo tiempo, el término del juicio probablemente debería revisarse de "déficit" a, por ejemplo, "dañado" o "insuficiente". Por lo tanto, podríamos tener un etiqueta de diagnóstico, insuficiente logro de conocimientos o la adquisición de conocimientos deficientes. Aunque este término puede parecer extraño en la lengua vernácula cotidiana en inglés, y también en otros idiomas, es importante recordar que necesitamos etiquetas que reflejen verdaderamente las respuestas humanas y que se adhieran a una estructura multiaxial. En la práctica, las enfermeras pueden hablar de un paciente's malentendidos o falta de conocimiento de un paciente al hablar entre ellos o con otros profesionales de la salud, pero el término en el registro del paciente puede diferir (por ejemplo, conocimiento deficiente, 00126). Esto también es cierto en la medicina, cuando hablamos con los pacientes sobre sus "infarto de miocardio", pero registre el término, infarto agudo de miocardio.

¿La taxonomía NANDA-I es fácil de usar? Aparecen seis nuevos diagnósticos de enfermería en esta edición de la clasificación que incorpora un término, "Autogestión" en el foco del diagnóstico (eje 1). Dedicamos un tiempo considerable a discutir dónde, en qué dominio, debería clasificarse cada uno de estos diagnósticos. El problema es que la respuesta humana a estos diagnósticos no es solo la autogestión, sino que se combina con términos específicos que describen el objetivo de la autogestión: salud,

linfedema y ojo seco. Todos estarán de acuerdo en que la autogestión de la salud es definitivamente una respuesta humana en el Dominio 1 (salud

promoción). Sin embargo, ¿dónde buscaría usted para encontrar la autogestión del linfedema o la autogestión del ojo seco? Las enfermeras se han dirigido previamente a los pacientes' respuestas relacionadas con el linfedema con el diagnóstico, inefffperfusión tisular periférica efectiva (00204), que se encuentra dentro del Dominio 4 (actividad / reposo). Otro diagnóstico que se centra en el ojo seco, el riesgo de ojo seco (00219) se ha incluido en el Dominio 11 (seguridad / protección) desde 2012.

Aunque las definiciones de todos estos nuevos diagnósticos de autocuidado son similares a la definición de Dominio 1-Clase 2 (manejo de la salud), finalmente decidimos clasificar cada diagnóstico en función de la facilidad de uso. Por ejemplo, ¿pensaría una enfermera en mirar en dos diff¿Cuáles son los dominios para que un diagnóstico se utilice con pacientes que tienen linfedema? Como resultado, encontrará el diagnóstico de autocuidado del linfedema en el Dominio 4 y el diagnóstico de autocuidado del ojo seco en el Dominio 11. El dominio y la clase de estos diagnósticos pueden cambiar en el futuro, dependiendo del avance de la estructura taxonómica, así como posibles cambios en nuestras perspectivas. Sin embargo, nuestro objetivo era asegurar que los diagnósticos se clasificaran dentro de la estructura taxonómica de una manera clínicamente consistente.

En términos de usabilidad clínica de la taxonomía NANDA-I, continuaremos examinando su estructura. Algunas enfermeras han tenido dificultades para localizar diagnósticos relacionados con la respiración, que se clasifican en tres dominios: Dominio 3 (eliminación e intercambio), Dominio 4 (actividad / descanso) y Dominio 11 (seguridad / protección). Otras enfermeras han tenido diffiLa cultura localiza los diagnósticos de respuesta emocional, que se clasifican en tres dominios: Dominio 6 (autopercepción), Dominio 9 (enfrentamiento / tolerancia al estrés) y Dominio 12 (comodidad). Hay fuertes razones para ubicar estos diagnósticos en diffdominios diferentes, cuando revisa la definición de los diagnósticos. Sin embargo, es fundamental que la taxonomía proporcione una estructura que tenga sentido para quienes la utilizan. Incluso si no es posible una taxonomía perfecta, debemos esforzarnos por lograrla.

Siempre nos enfrentamos a nuevos desafíos, nuevos conocimientos y nuevas formas de pensar sobre las respuestas humanas que diagnostican las enfermeras. Esperamos recibir sus comentarios y los resultados de la investigación sobre estos y otros temas para mejorar aún más la terminología NANDA-I.

3.3 Referencias

Ferreira IS, Fernandes AFC, Rodrigues AB, Santiago JCDS, de Sousa VEC, Lopes MVDO, Moreira CB. Precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en mujeres con cáncer de mama. *Revista Internacional de Conocimientos en Enfermería* 2020; 31 (1): 37-43.

Marques-Vieira C, Sousa L, Costa D, Mendes C, Sousa L, Caldeira S. Validación del diagnóstico de enfermería de alteración de la marcha en ancianos. Investigación de BMC Health Services 2018; 18 (Supl. 2): P176.

4 Criterios revisados de nivel de evidencia para la presentación de diagnósticos

Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Viviane Martins da Silva, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

4.1 Introducción

Este capítulo tiene como objetivo presentar los nuevos criterios para los niveles de validez de la evidencia de los diagnósticos de NANDA International (NANDA-I) y cómo deben usarse en el proceso de envío de nuevos diagnósticos. El texto fue organizado comenzando con la presentación y una breve discusión de los conceptos de evidencia clínica y teoría de la validez, luego describiendo y ejemplificando los niveles de evidencia para los diagnósticos de enfermería.

El nivel de evidencia (LOE) utilizado en esta edición no refleja estos nuevos cambios. Se está trabajando para convertir todos los LOE para los diagnósticos actuales, y esto estará disponible en la 14th edición. Sin embargo, requerimos que todos los que envían nuevos diagnósticos se refieran a estos criterios de LOE actualizados.

Esta sección será de interés principalmente para investigadores, estudiantes de posgrado y otras personas que estén contemplando el desarrollo de un nuevo diagnóstico de enfermería o una revisión para mejorar el nivel de evidencia de un diagnóstico existente.

"Evidencia" es un término que es difícil de definir y ha generado numerosos debates en el área de la salud (Pearson et al., 2005; Miller & Fredericks, 2003). En

de intervenciones, presentando un papel central para la práctica basada en la evidencia que busca definir la mejor opción entre diferentes tratamientos. Esta noción se ha ampliado y las organizaciones que se dedican al desarrollo de

contextos (Pearson et al., 2007); o evidencia de la precisión de una prueba de diagnóstico en particular (Pearson et al., 2005).

La evidencia es un fenómeno continuo y se organiza en jerarquías según su robustez. Esto significa que independientemente del tipo de evidencia, puede ser más débil o más fuerte. Una evidencia muy fuerte sería un hecho- o un conjunto de hechos -que, más allá de cualquier sospecha, confirma una declaración.

Cuando se dice que la evidencia es muy débil es porque se reconoce que pueden surgir nuevos hechos que contradigan lo que tenemos hoy. Varios académicos y organizaciones se han esforzado por crear criterios para definir jerarquías de evidencia en salud.

para asistir a los profesionales en la toma de decisiones en sus prácticas, incluido el tema de las intervenciones, entre otros (Merlin et al., 2009).

NANDA-I es la única asociación que se ocupa de los criterios para los grados de evidencia de validez diagnóstica, en este caso, diagnósticos de enfermería. En ninguna otra área que utilice la estandarización del lenguaje diagnóstico existen criterios para los grados de evidencia de su validez. Como verá más adelante, la jerarquía de evidencia para la validez de los diagnósticos NANDA-I está guiada por criterios relacionados con los tipos de estudios que los generaron. Pero antes de eso, es necesario relacionar "Evidencia Clínica" y "teoría de la validez", ya que se trata de grados de evidencia de validez de los diagnósticos de enfermería.

4.2 Relación entre la evidencia clínica y la teoría de la validez

La teoría de la validez tiene su origen en el desarrollo de instrumentos para la evaluación del desempeño cognitivo y de las habilidades, particularmente orientados a la selección de candidatos a candidaturas públicas. ffice o universidades europeas y norteamericanas a mediados del siglo XIX (Gregory, 2010). Las primeras definiciones de validez intentan representarlo como la característica de un instrumento, es decir, mide lo que se propone medir. Si trasladamos esta definición a un diagnóstico de enfermería, identificaríamos que un diagnóstico de enfermería válido sería aquel cuyas características definitorias miden el diagnóstico que se supone que representa. Por ejemplo, el diagnóstico de dolor agudo (00132) no sería válido en sí mismo; lo que sería válido sería el conjunto de características definitorias que supuestamente "la medida" dolor agudo, independientemente del contexto clínico, la población, el entorno o el sujeto evaluado.

Podría creer que tal definición parece obvia y relativamente simple. ¡Y de hecho lo es! Sin embargo, la sencillez de esta definición inicial ha suscitado algunas dudas a lo largo del tiempo. ¿Cómo se prueba la capacidad de medición de un instrumento? Si se comprobó que un instrumento mide un fenómeno en una población específica, ¿podría usarse para medir el mismo fenómeno en otra población si es clínicamente distinto de la primera? Si la propia evaluación se desarrolla para sacar una conclusión en función de la presencia / ausencia de un fenómeno, ¿se considera válido el instrumento en sí, o la interpretación que se obtiene de él?

Para entender mejor, deja's reescribir estas mismas preguntas en contexto para los diagnósticos de enfermería: ¿cómo demostramos que las características definitorias representan un diagnóstico de enfermería, si la mayoría de las respuestas humanas no están sujetas a observación directa (es decir, no existe un estándar de oro para la mayoría de los diagnósticos de enfermería) ? Si un conjunto

de características definitorias se demostró que representan un diagnóstico de enfermería en una población específica (por ejemplo, desesperanza, 00124, entre adolescentes), ¿representarían el mismo diagnóstico en otra población que es clínicamente distinta de la primera (como, desesperanza entre pacientes adultos con cáncer)? Si la evaluación en sí se desarrolla para concluir con un hallazgo de la presencia / ausencia de un diagnóstico de enfermería, ¿se considera válido el conjunto de características definitorias o la interpretación que se obtiene de ellas (el diagnóstico en sí)?

Estas preguntas llevaron a reformulaciones del concepto de validez, así como de los métodos que se han desarrollado para identificar dicho concepto, que comúnmente se denominan validación. Después de décadas de discusiones y desarrollos, el concepto de validez entre los académicos en los campos de la psicología y la educación ha evolucionado y ha llevado a la comprensión de la validez como el grado en que la evidencia y la teoría acumuladas apoyan la interpretación específica de los puntajes de las pruebas (entendido como instrumento de evaluación de un atributo psicológico) para un uso dado de esta prueba (American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education, 2014).

Transportando esta definición al contexto de los diagnósticos de enfermería, podemos asumir que la validez de un diagnóstico es el grado en que la evidencia y la teoría apoyan que él (el diagnóstico) es la interpretación adecuada, para un uso clínico dado, de un conjunto dado de datos. manifestaciones (entendidas como las características definitorias del diagnóstico). De esta definición se puede extrapolar que la validez de un diagnóstico: a) puede presentarse en varios niveles (grados); b) depende de la evidencia disponible; c) depende de la teoría subyacente; d) es una propiedad del diagnóstico y no de sus componentes (el diagnóstico es válido, no sus características); y, e) depende del uso clínico previsto. El proceso de generar evidencia de la validez de un diagnóstico de enfermería es continuo, acumulativo e involucra varios pasos interrelacionados. Estos van desde el enunciado de una etiqueta, un término o expresión para designar una idea más o menos clara de una respuesta humana pertinente a la enfermería, hasta la recopilación de datos empíricos que "las observaciones seleccionadas para representar o indicar un concepto de hecho lo hacen. La evaluación de la validez de una operacionalización es un proceso continuo que requiere una investigación empírica." (Waltz et al., 2017, p. 54).


4.3 Niveles de validez de la evidencia para los diagnósticos NANDA-I

Como hemos visto, la validez de un diagnóstico está directamente relacionada con la evidencia de tal validez. La evidencia de validez de un diagnóstico puede tener diferentes niveles actuales,

dependiendo de la metodología utilizada para generarlos y el contexto clínico en el que se utilizará el diagnóstico; es decir, la validez de un diagnóstico depende de un proceso de investigación continuo que permita ampliar su uso para diferentes poblaciones a medida que se acumulan las pruebas clínicas. En la terminología NANDA-I, el nivel de evidencia de un diagnóstico se ha relacionado con la solidez de la evidencia que sustenta su desarrollo o validación (Herdman & Kamitsuru, 2018). Es, por tanto, una prueba de validez. En esta revisión, el nivel de evidencia de validez de un diagnóstico se refiere al grado en que la evidencia y la teoría acumuladas apoyan la interpretación de la respuesta humana, representada por la etiqueta diagnóstica, es la interpretación correcta del conjunto de atributos (características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo, afecciones asociadas y poblaciones en riesgo) para fines clínicos establecidos (es decir, para el contexto y / o la población de la cual se extrajo la evidencia respectiva). Por lo tanto,

Esta nueva clasificación del nivel de evidencia de validez para los diagnósticos de enfermería en NANDA-I se organiza en dos niveles principales: el nivel 1 representa las etapas iniciales de desarrollo que preceden a la inclusión del diagnóstico en la terminología, y el nivel 2 se refiere a la diversas etapas del desarrollo clínico del diagnóstico, de acuerdo con la solidez de la mejor evidencia disponible, incluidas las producidas por estudios de opinión de expertos o con poblaciones susceptibles de padecerla. Cada nivel consta de subniveles estructurados según los métodos de estudio. Un diagnóstico tendrá mayores niveles de evidencia cuanto más robusta sea la evidencia, según el tipo de investigación que lo produjo, a partir de estudios de operacionalización de conceptos, culminando en revisiones sistemáticas de alta calidad.

El Comité de Desarrollo de Diagnóstico (DDC) de la NANDA-I utiliza los niveles de evidencia de validez diagnóstica para tomar decisiones sobre la inclusión de nuevos diagnósticos en la terminología. El nivel 1 se asigna a los diagnósticos que se presentan al DDC para ser incluidos en la terminología. Este primer nivel se ocupa de la presentación de la estructura del diagnóstico inicial al DDC hasta la presentación de una revisión teórica que compruebe la consistencia estructural y conceptual de la propuesta diagnóstica. Luego de alcanzar un nivel de evidencia de 1.3., Se recomienda la propuesta para el desarrollo de estudios teóricos y clínicos, comenzando con la validación conceptual, pasando luego a la validación de contenido por expertos y mediante análisis cualitativo de la población supuestamente expuesta al diagnóstico. . El nivel 2 incluye métodos de validación gradualmente más sólidos,

precisión de los indicadores clínicos, la capacidad de detección diagnóstica, el potencial de pronóstico, la capacidad de diferenciar entre grupos de diagnósticos con conceptos similares, relaciones de causalidad (incluidas las interrelaciones causales que pueden determinar síndromes diagnósticos), revisiones sistemáticas que permiten establecer relaciones entre componentes de diagnóstico en múltiples poblaciones o múltiples estudios en poblaciones similares, y estudios de factores etiológicos basados en enfoques de casos y controles y / o cohortes. La interpretación de los niveles de evidencia de los diagnósticos siempre será relativa y gradual, es decir, los subniveles más altos en la clasificación indican diagnósticos con evidencia más robusta que los diagnósticos en subniveles inferiores. Un resumen de los niveles de evidencia de los diagnósticos de enfermería se puede ver en  Cuadro 4.1.

4.3.1 Nivel 1. Propuesta recibida por el DDC para el desarrollo

Si el lector identifica una respuesta humana que no se encuentra dentro de NANDA-I'En términos de terminología, el primer paso será desarrollar una propuesta de diagnóstico que comprenda una etiqueta, una definición, posibles componentes (características definitorias / factores relacionados o de riesgo / condiciones asociadas / población en riesgo) y la relación del presunto diagnóstico con una posible enfermería, intervenciones y resultados. Los procesos de desarrollo del diagnóstico en este primer nivel incluyen el seguimiento directo por parte del DDC y la ejecución por parte del remitente. El nivel 1 se divide en tres subniveles. La propuesta de diagnóstico puede presentar una estructura resultante de los tres niveles al DDC, de manera secuencial, o puede considerar dos o incluso tres subniveles de manera concurrente.

Nivel 1.1. Solo etiqueta.La primera tarea será desarrollar un título (etiqueta) usando el sistema multiaxial que representa una respuesta humana que podría identificarse como un diagnóstico de enfermería. El criterio del nivel de evidencia se define mediante una etiqueta de diagnóstico que se considera clara y está respaldada por una revisión de la literatura realizada previamente y presentada en un formato de informe. El DDC consultará con el remitente y brindará orientación relacionada con el desarrollo del diagnóstico a través de pautas, consultas escritas y talleres. En esta etapa, la etiqueta se clasifica como "Recibido para el desarrollo", e identificado como tal en el sitio web de NANDA-I.

Nivel 1.2. Etiqueta y definición.Este criterio de nivel de evidencia se define por la presentación de la etiqueta de diagnóstico y una definición clara y distinta de otros diagnósticos y definiciones de NANDA-I. La definición debe differ de las características definitorias, y la etiqueta y sus componentes no deben incluirse en la definición. Un diagnóstico debe ser consistente con

la definición actual de NANDA-I de diagnóstico de enfermería; es decir, su propuesta debe representar

Tabla 4.1 Niveles de evidencia para diagnósticos de enfermería

Criterios de clasificación	
Nivel 1. Propuesta recibida por el DDC para el desarrollo 1.1. Solo etiqueta	
1.2. Etiqueta y definición	
1.3. Componentes de diagnóstico y relación con resultados e intervenciones	
Nivel 2. Inclusión en terminología y pruebas clínicas	
2.1. Validez conceptual	
2.1.1. Validez conceptual de los elementos	
2.1.2. Validez teórico-causal	
2.1.3. Validez terminológica	
2.2. Validez del contenido de diagnóstico	
2.2.1. Validez inicial del contenido de diagnóstico	
2.2.2. Validez potencial del contenido de diagnóstico	
2.2.3. Validez avanzada del contenido de diagnóstico	
2.2.4. Validez consolidada del contenido diagnóstico	
2.3. Validez clínica	
Nivel de desarrollo del diagnóstico	
Generación de conceptos	
Soporte teórico	
Soporte clínico	
Bloque 1	
Identificación de poblaciones en las que puede ser aplicable un diagnóstico 2.3.1. Validez cualitativa	
2.3.2. Validez demográfica	
Bloque 2	
Utilidad de las características definitorias para fines clínicos 2.3.3. Validez de constructo clínico	
2.3.4. Validez selectiva	
2.3.5. Validez discriminante	
2.3.6. Validez pronóstica	
2.3.7. Validez generalizable de las características definitorias	
Bloque 3	
Identificación de factores relacionados / de riesgo, poblaciones en riesgo y condiciones asociadas 2.3.8. Validez causal específica del diagnóstico	
2.3.9. Validez causal de la variable de exposición	
2.3.10. Validez generalizada de factores relacionados / de riesgo	

una respuesta humana para la cual la enfermera puede implementar intervenciones de enfermería independientes. La etiqueta y la definición deben basarse en una revisión de la literatura, que debe ser presentada y evaluada por el DDC. En esta etapa, la etiqueta y su definición se clasifican como "Recibido para el desarrollo", e identificado como tal en el sitio web de NANDA-I.

Nivel 1.3. Componentes diagnósticos y relación con resultados e intervenciones. Una propuesta a este nivel debe incluir la etiqueta, la definición, y otros componentes del diagnóstico (características definitorias, factores relacionados / de riesgo y, en su caso, condiciones asociadas, poblaciones de riesgo), presentado con las referencias obtenidas de una revisión de la literatura. Aunque las propuestas de este nivel aún no forman parte de la terminología, deberían apoyar la discusión del concepto, la evaluación de su utilidad y aplicabilidad clínica y su validación a través de métodos de investigación sólidos. Además, el proponente deberá presentar la relación del diagnóstico en desarrollo con las intervenciones y los resultados representados en otras terminologías estandarizadas (por ejemplo, las clasificaciones de resultados de enfermería e intervenciones de enfermería). En esta etapa, la propuesta de diagnóstico se categoriza como "Recibido para desarrollo clínico y validación", e identificado como tal en el sitio web de NANDA-I y en una sección separada del libro con la terminología actual. Cabe mencionar que el remitente podrá presentar una propuesta a partir del nivel 1.3., Sin tener que pasar secuencialmente por los niveles 1.1. y 1.2.

4.3.2 Nivel 2. Inclusión en terminología y pruebas clínicas

Se incluye un nuevo diagnóstico en la terminología NANDA-I cuando se genera evidencia de validez de segundo nivel. Este nivel se subdivide en tres subniveles: 2.1. Validez conceptual; 2.2. Validez de contenido; y 2.3. Validez clínica. Para incluir un nuevo diagnóstico en la clasificación, el remitente debe identificar o desarrollar estudios teóricos que permitan la construcción de evidencia de validez de al menos el primer subnivel, es decir, validez conceptual. Sin embargo, mantener el diagnóstico en la clasificación dependerá de la continuidad de estudios que permitan identificar evidencia de validez del tercer subnivel, es decir, validez clínica. Tenga en cuenta que cada uno de estos subniveles tiene otras subdivisiones que se caracterizarán y ejemplificarán a continuación.

Nivel 2.1. Validez conceptual. La validez conceptual se refiere al desarrollo de un marco conceptual y / o teoría sustantiva que debe sustentar las interpretaciones obtenidas de los elementos constitutivos del diagnóstico de enfermería. En el primer subnivel, los elementos inicialmente desarrollados se someten a un análisis de concepto para demostrar la existencia de un cuerpo de conocimiento subyacente al diagnóstico. El análisis conceptual proporciona apoyo para la etiqueta y la definición, incluye una discusión y apoya las características definitorias y los factores relacionados (diagnósticos centrados en el problema), los factores de riesgo (diagnósticos de riesgo) o las características definitorias (diagnósticos de promoción de la salud). Los componentes conocidos como afecciones asociadas y poblaciones en riesgo pueden incluirse en este

discusión, si aplica. Este nivel debe permitir la construcción de una teoría sustantiva que, además de identificar los componentes del diagnóstico, conduzca a la comprensión de las relaciones clínicas y / o psicosociales que subyacen al diagnóstico. Este subnivel tiene tres subdivisiones, que se explican a continuación.

Nivel 2.1.1. Validez conceptual de los elementos. En este primer nivel se encuentran diagnósticos cuyo criterio de nivel de evidencia se refiere al desarrollo de un análisis de concepto. Este análisis se puede desarrollar para tres propósitos:

1. Explicar el alcance del diagnóstico, incluyendo la identificación del dominio y la clase apropiados, y el sujeto del diagnóstico (individuo, cuidador, grupo, familia, comunidad). Estos estudios podrían incluir aquellos que desarrollen el análisis dentro de un grupo de pacientes que todos experimentan la misma condición clínica (condición asociada), como un análisis de afrontamiento alterado en pacientes con cáncer de mama, por ejemplo.
2. Clarificar la definición del diagnóstico (y sus componentes), los indicadores clínicos que constituirán las características definitorias y los factores etiológicos que compondrán el conjunto de factores relacionados / de riesgo, y cualquier condición / situación asociada relevante. poblaciones de riesgo.
3. Para ~~diff~~Diferenciar el diagnóstico de otros existentes en la taxonomía, identificando componentes que establecen sus límites clínicos en relación con los demás, caracterizándolo como un fenómeno específico. En el caso de un diagnóstico de síndrome, el análisis conceptual debe describir las relaciones entre los componentes del síndrome de diagnóstico, ~~diff~~diferenciarlo de situaciones clínicas que representan solo los componentes individuales del diagnóstico.

El estudio de Cabaço et al. (2018) es un ejemplo de análisis de concepto basado en el método evolutivo, en el que los autores presentan los elementos estructurales para el desarrollo de tres diagnósticos de enfermería relacionados con el afrontamiento espiritual. Su análisis se desarrolló a partir de una revisión de la literatura de estudios cualitativos y permitió el desarrollo de diagnósticos potenciales, afrontamiento espiritual, riesgo de afrontamiento espiritual deteriorado y preparación para afrontamiento espiritual mejorado.

Nivel 2.1.2. Validez teórico-causal. En este segundo nivel, el remitente debe identificar o desarrollar, como criterio para el nivel de evidencia, un estudio teórico amplio con el objetivo de establecer hipótesis sobre las relaciones clínicas y causales que justifiquen los componentes (características definitorias, factores relacionados / de riesgo y, en su caso, asociados condiciones / poblaciones en

riesgo) que conforman el diagnóstico. El enfoque preferido para este propósito es el desarrollo de teorías de rango medio, que representan teorías compuestas

de un número limitado de conceptos y que tienen como objetivo describir, explicar o predecir situaciones de práctica clínica (Lopes, Silva & Herdman, 2017). Un ejemplo de la aplicación de este enfoque es el estudio de Lemos et al. (2020) que presenta una teoría de rango medio basada en una revisión integradora de la literatura para el diagnóstico de enfermería, respuesta al destete ventilatorio disfuncional (00034), incluyendo los principales conceptos, diagramas pictóricos, proposiciones y relaciones causales para su uso en la práctica clínica. En este estudio, los autores identificaron 13 antecedentes clínicos y 21 resultados consecuentes relacionados con este diagnóstico de enfermería que ocurre cuando falla el destete ventilatorio.

Nivel 2.1.3. Validez terminológica. La validez terminológica se refiere a la adecuación de las interpretaciones obtenidas de los registros de salud de términos que se supone representan componentes de un diagnóstico de enfermería. El nivel de evidencia incluye diagnósticos sometidos a procesos de validación basados en datos secundarios, para la identificación de componentes diagnósticos y / o la prevalencia diagnóstica. La validez terminológica del diagnóstico se verifica a partir de la documentación de los componentes (características definitorias, factores relacionados / de riesgo) en las historias clínicas. Estos estudios deben basarse en grandes muestras de historias clínicas que permitan *suffidatos* científicos que deben obtenerse para identificar los componentes de diagnóstico. Un requisito importante de estos estudios es la verificación de la idoneidad, precisión y exactitud de los registros utilizados. Un ejemplo de este tipo de estudios se puede encontrar en el artículo de Ferreira et al. (2016), quienes mapearon 832 términos encontrados en 256 registros de salud con 52 etiquetas de diagnóstico NANDA-I en una unidad de cuidados intensivos. Es importante señalar que la validez terminológica depende de la descripción de las herramientas utilizadas para verificar la calidad de la información obtenida. El simple hecho de haber registrado términos en la historia clínica no garantiza que las interpretaciones obtenidas de ellos sean válidas.

Nivel 2.2. Validez del contenido diagnóstico. Los criterios en cualquiera de los niveles anteriores (2.1.1., 2.1.2., 2.1.3.) Deben cumplirse para que el remitente's propuesta eleva la evidencia de validez del diagnóstico a un nivel de evidencia de 2.2. El criterio para este nivel de evidencia es un estudio de análisis de contenido realizado por un grupo de expertos con conocimiento sobre el enfoque del diagnóstico. La validez de contenido se refiere a cómo los componentes de diagnóstico representativos, identificados en el nivel anterior, son del dominio de contenido clínico del diagnóstico. Este nivel de evidencia tiene cuatro subdivisiones, organizadas según el tamaño de la muestra de expertos y su respectivo nivel de experiencia. La validación de contenido está más relacionada con el nivel de experiencia que con el tamaño de la muestra de expertos. Además,

es importante considerar la inclusión tanto de expertos con experiencia clínica como de investigadores en el tema del diagnóstico, con el fin de considerar

sesenta y cinco

experiencia clínica y reflexiones teóricas más amplias sobre el diagnóstico. Un diagnóstico se clasifica en la terminología en función del nivel más avanzado alcanzado, de acuerdo con la evaluación dirigida por el DDC y los directores de investigación. Un ejemplo de un estudio de validación de contenido de diagnóstico es el artículo de Zeleníková, Žiaková, Cáp y Jarošová (2014), quien validó el diagnóstico de enfermería, aguda dolor (00132), con enfermeras checas y eslovacas, utilizando el modelo de Fehring. Se validaron un total de 17 características definitorias.

Nivel 2.2.1. Validez inicial del contenido diagnóstico. En este nivel se encuentran los diagnósticos cuyo proceso de validación se desarrolló con un número reducido de expertos, con un perfil predominantemente principiante / principiante avanzado. En este nivel se utilizan técnicas de evaluación grupal, como la técnica Delphi. El análisis sigue un enfoque más cualitativo y tiende a confirmar la estructura construida en el subnivel 2.1. Además, los procesos de validación con estas características permiten verificar qué tan completa es la estructura diagnóstica para los principiantes, con el fin de vislumbrar su claridad y posible utilidad en la práctica clínica. Los diagnósticos en este nivel tienen un potencial moderado de validez de contenido. Una descripción del uso de la técnica Delphi para los procesos de validación de contenido en los diagnósticos de enfermería se puede encontrar en el artículo de Grant & Kinney (1992). Un ejemplo de este tipo de estudio se puede encontrar en el estudio de Melo et al. (2011), que utilizó la técnica Delphi con 25 expertos en tres rondas. En este estudio, los expertos identificaron ocho factores que representaron un mayor riesgo para el desarrollo del diagnóstico, disminución del gasto cardíaco (00270).

Nivel 2.2.2. Validez potencial del contenido diagnóstico. El proceso de validación en este nivel se desarrolla con una gran muestra de expertos que tienen un perfil de experiencia principiante / principiante avanzado. La investigación generalmente incluirá análisis estadístico descriptivo e inferencial, con la posibilidad de verificar la adecuación del diagnóstico para su uso por enfermeras con poca experiencia clínica. Al evaluar diagnósticos utilizando este tipo de estudios, el tamaño de la muestra de expertos debe ser adecuado para permitir la generalización de opiniones. A menudo, estas opiniones se obtendrán de cuestionarios y su análisis estadístico incluirá índices de validez de contenido, pruebas de proporciones y coeficientes de concordancia, entre otras medidas estadísticas. El estudio anteriormente mencionado de Paloma-Castro et al. (2014) es un ejemplo, aunque su muestra probablemente incluyó expertos con diferentes niveles de experiencia. Los datos disponibles en el artículo no permitieron la identificación de los expertos' nivel de experiencia que participó en el estudio.

Nivel 2.2.3. Validez avanzada del contenido de diagnóstico. Este nivel requiere análisis de participantes con un alto nivel de experiencia. La mayoría de los estudios basan su análisis de la experiencia en criterios académicos y, a menudo, no existe un análisis crítico del nivel de experiencia, lo que lo hace difícil para identificar estos estudios. El proceso de validación se desarrolla con un pequeño número de personas con niveles de experiencia predominantemente competentes / expertos. Los diagnósticos en este subnivel se someten a una evaluación cualitativa por parte de un grupo con mayor conocimiento y experiencia. La evaluación de estos expertos debe ser adecuada para confirmar la pertinencia, adecuación y claridad de los elementos que componen el diagnóstico.

Nivel 2.2.4. Validez consolidada del contenido diagnóstico. La característica que diferencia este nivel del anterior es la gran muestra de expertos con niveles de experiencia predominantemente competentes / expertos. Además de la muestra de tamaño y calidad adecuados, el análisis de datos incluye índices de validez de contenido, pruebas de proporciones, coeficientes de acuerdo y análisis de la consistencia interna de los expertos' evaluaciones. El proceso puede volverse más complejo si los métodos utilizados incluyen revisiones de la estructura, basadas en sugerencias hechas por los expertos. Esta es la subdivisión más importante de la validación del contenido de diagnóstico y también la más difícil. Las sugerencias para fortalecer este proceso incluyen: obtener una muestra mayor de la que se puede considerar inicialmente necesaria, usar instrumentos objetivos, usar medios electrónicos de contacto y recolección de datos, buscar expertos en diferentes países y organizar un cronograma de investigación que tenga en cuenta un período de recopilación de datos más largo.

Nivel 2.3. Validez clínica. Este es el nivel más alto y deseable para un diagnóstico para permanecer en la clasificación. Se debe completar un estudio de validación de contenido antes de un estudio de validez clínica. Antes de la validación clínica, se debe establecer que el diagnóstico ha sido objeto de validación de contenido: ¿se clasifica como nivel 2.2.? Este nivel tiene el mayor número de subdivisiones, y estas están ligadas al uso del diagnóstico en la práctica clínica. Los niveles de evidencia corresponden al tipo de inferencia clínica a obtener de sus componentes clínicos, que puede incluir el período que comienza con el establecimiento de un constructo clínico hasta el desarrollo de los procesos causales. Para una mejor organización, este subnivel se divide en tres bloques de acuerdo con los propósitos del proceso de validación clínica.

El primer bloque incluye las dos primeras subdivisiones (2.3.1. Y 2.3.2.) Y se refiere a estudios descriptivos que intentan obtener perfiles iniciales de

los componentes diagnósticos en poblaciones que supuestamente han experimentado los fenómenos; por lo tanto, este bloque representa evidencia de validez clínica cuyo

El propósito es identificar en qué poblaciones puede ser aplicable un diagnóstico en la práctica. El segundo bloque incluye los siguientes cinco subniveles (2.3.3., 2.3.4., 2.3.5., 2.3.6. Y 2.3.7.) Y se refiere a los procesos de validación que se enfocan en la utilidad de definir características para diferentes propósitos clínicos, incluida la inferencia diagnóstica en sí, la capacidad de cribado, el establecimiento del pronóstico, capacidad de iniciación y generalización en múltiples poblaciones. El tercer bloque incluye las últimas tres subdivisiones (2.3.8. A 2.3.10.) Y se refiere a procesos de validación que buscan identificar factores relacionados / de riesgo, poblaciones en riesgo y condiciones asociadas. Los estudios desarrollados para alcanzar los niveles de evidencia en este último bloque tienen el propósito de producir evidencia sobre los factores que contribuyen a la ocurrencia del diagnóstico de enfermería.

Los subniveles se organizaron considerando que las características definitorias representan los elementos principales para la determinación de un diagnóstico de enfermería y su validez para un propósito específico. Los factores relacionados, a su vez, son elementos causales que solo pueden identificarse si existe cierto grado de precisión en el proceso de inferencia diagnóstica, que se basa en características definitorias. Por lo tanto, los procesos de validación clínica que involucran factores relacionados (y otros componentes causales) solo pueden diseñarse y llevarse a cabo adecuadamente para diagnósticos con validez confirmada de nivel inferior.

Nivel 2.3.1. Validez cualitativa. La validez cualitativa se refiere al grado de cuya interpretación diagnóstica está respaldada por elementos clínicos capturados a partir de experiencias subjetivas individuales. En este nivel, el criterio del nivel de evidencia se basa en el desarrollo de estudios cualitativos para delimitar el fenómeno basado en la percepción de aquellos individuos que se cree que lo están experimentando. Estos diagnósticos deben haber sido evaluados por un pequeño grupo de sujetos que posiblemente presenten el diagnóstico, con el fin de obtener información sobre la percepción, creencias, actitudes y matices de estos individuos que puedan influir / caracterizar el fenómeno. Por lo general, se utilizan muestras intencionales o de conveniencia y se utilizan enfoques cualitativos para el análisis. El estudio de Pinto et al. (2017) es un ejemplo de validación cualitativa, en el que los autores utilizaron análisis de contenido interpretativo para derivar diagnósticos relacionados con la comodidad del paciente en cuidados paliativos. Los autores derivaron 17 diagnósticos diferentes a partir de las experiencias reportadas de 15 pacientes de unidades clínico-quirúrgicas de un hospital de Portugal.

Nivel 2.3.2. Validez demográfica. Esta es la última subdivisión de la primera bloque, y representa el grado en que las características demográficas de una población pueden influir en las interpretaciones obtenidas de los

componentes del diagnóstico. Este es un tipo de validez que tiene una fuerte relación con

componentes causales (factores relacionados / de riesgo, condiciones asociadas y poblaciones en riesgo). Los criterios de nivel de evidencia consisten en estudios de validación basados en estudios transversales para identificar elementos asociados a los diagnósticos de enfermería (características definitorias / relacionados / factores de riesgo). Estos estudios deben desarrollarse con muestras amplias de sujetos que se cree que presentan el diagnóstico, cuya selección de sujetos puede ocurrir de forma consecutiva (a medida que los pacientes ingresan, por ejemplo) o mediante un proceso de muestreo aleatorio. El proceso de inferencia diagnóstica se basa en un pequeño grupo de enfermeras diagnosticadoras con probada experiencia en el diagnóstico y / o que han recibido formación específica para identificarlo.

El análisis de los datos debe incluir la verificación de la asociación entre variables sociodemográficas, características definitorias y factores relacionados con la inferencia diagnóstica realizada. Además, algunas técnicas de análisis multivariante, como las regresiones logísticas, se pueden utilizar para establecer conjuntos de características definitorias, modelos jerárquicos de factores relacionados / de riesgo o modelos de asociación conjunta de respuestas humanas (para diagnósticos que representan síndromes). Por ejemplo, el estudio de Oliveira et al. (2016) analizaron la asociación entre factores relacionados y la presencia de sedentarismo (00168), ajustado por género en adolescentes brasileños, para verificar posibles diferencias en la causalidad influida por el género. El estudio incluyó un total de 564 adolescentes e identificó cuatro características definitorias y seis factores relacionados fuertemente asociados con un estilo de vida sedentario. Algunos factores relacionados mostraron diferencias por género, estando más fuertemente asociado con los hombres. En este caso, las interpretaciones obtenidas a partir de las características definitorias identificadas entre los adolescentes deben ser analizadas considerando posibles diferencias etiológicas. diferencias por género.

Nivel 2.3.3. Validez de constructo clínico. A diferencia de los niveles anteriores que se enfocaban en los enfoques exploratorios generales, este nivel se centra en componentes específicos (características definitorias) y representa la categoría principal de niveles de evidencia. La validez de constructo clínico es el grado en que un conjunto de características definitorias permite la interpretación correcta (inferencia) del diagnóstico de enfermería a partir de un contexto clínico definido. En este nivel, los criterios de nivel de evidencia incluyen estudios sobre la capacidad de definir características para clasificar correctamente a los sujetos con respecto a la presencia / ausencia del diagnóstico. La evidencia de la validez del constructo clínico debe medir la precisión (sensibilidad y especificidad) de cada característica definitoria. También puede verificar la importancia de un conjunto de características definitorias y la influencia de su espectro clínico para modificar la inferencia diagnóstica.

La selección de pacientes incluidos en estos estudios se produce de forma naturalista (consecutiva), con un número insuficiente de sujetos para permitir la

cálculo de la precisión diagnóstica. En general, la inferencia diagnóstica puede obtenerse mediante un panel de enfermeras diagnosticadoras o mediante modelos de variables latentes para el cálculo directo de la precisión del diagnóstico. El estudio de Mangueira & Lopes (2016) es un ejemplo de este tipo de validación en el que los autores evaluaron 110 pacientes alcohólicos y midieron la precisión diagnóstica de 115 características definitorias y, utilizando cuatro diferentes modelos de clases latentes, identificaron 24 características con medidas estadísticamente significativas de sensibilidad o especificidad para procesos familiares disfuncionales (00063).

La validez de constructo clínico busca características definitorias que permitan una inferencia diagnóstica más precisa, representando el diagnóstico de enfermería en su forma más completa. Los niveles posteriores de validez clínica (2.3.4., 2.3.5. Y 2.3.6.) Difier de la validez de constructo clínico en que representan usos e interpretaciones más específicos. Estos estudios incluyen aquellos que tienen como objetivo establecer

- características definitorias específicas para el cribado y la rápida toma de decisiones,
- definiendo características que permiten diferenciación de similares diagnósticos,
- y características definitorias que representan el deterioro clínico.

Los dos primeros niveles son aplicables a pocos diagnósticos de enfermería, mientras que el último puede ser aplicable a todos los diagnósticos y se basa en el desarrollo de estudios longitudinales.

Nivel 2.3.4. Validez selectiva (cribado clínico). La validez selectiva se refiere en la medida en que un conjunto mínimo de características puede utilizarse de manera heurística para una interpretación mínimamente aceptable de la presencia de un diagnóstico de enfermería. Esto permite una rápida toma de decisiones en entornos clínicos como situaciones de urgencia y emergencia. Los criterios de nivel de evidencia incluyen estudios que establecen probabilidades condicionadas entre pequeños grupos de características definitorias, lo que permite una interpretación rápida para su uso en protocolos de clasificación de riesgo o escenarios de cribado clínico.

Debe tenerse en cuenta que se debe haber realizado una validación de constructo clínico para que, en base a estos datos, se pueda identificar un conjunto mínimo de características definitorias para su uso en el cribado diagnóstico y la toma rápida de decisiones clínicas. Las técnicas de análisis de datos para este tipo de validación, incluyen el uso de algoritmos para la construcción de árboles de clasificación. Sin embargo, esta técnica requiere grandes muestras que permitan el cálculo de probabilidades condicionadas para

un número mínimo preestablecido de características definitorias que deben componer un modelo de toma de decisiones. Para estos estudios, paneles

de los enfermeros diagnosticadores se puede utilizar para la inferencia de diagnóstico, y se debe informar de todo el proceso de validación del árbol de clasificación.

El estudio de Chaves et al. (2018) es un ejemplo del proceso utilizado para establecer este tipo de validez. Los autores desarrollaron un árbol de clasificación para una rápida toma de decisiones para identificar ineffectivo de la clarificación de las vías respiratorias (00031) en niños con infección respiratoria aguda. Su árbol de clasificación se basó en comparar los resultados de tres diferentes algoritmos en una muestra de 249 niños con infección respiratoria aguda. El árbol con mejor desempeño incluyó las características definitorias, ineffectivo eficaz y ruidos respiratorios adventicios, que se consideraron adecuados para la detección de niños con ineffectivo de la clarificación de las vías respiratorias recibiendo atención en el departamento de emergencias.

Nivel 2.3.5. Validez discriminante. La validez discriminante tiene como objetivo determinar el conjunto de características definitorias que permiten la diferenciación entre diagnósticos que comparten signos y síntomas similares. Este tipo de validez se define como el grado en que un conjunto de características definitorias permite establecer un límite interpretativo entre diagnósticos con componentes clínicos similares. Así, para considerar investigar la validez discriminante para dos diagnósticos de enfermería, ambos deben tener validez de constructo clínico: el nivel 2.3.3. Deben cumplirse los criterios. Los criterios de nivel de evidencia pueden incluir estudios con un número diferente de fases, que van desde un análisis de concepto simultáneo hasta un análisis con una población susceptible de que los diagnósticos sean diferentes. diferenciado. Las muestras deben ser lo suficientemente grandes para calcular estimaciones y el análisis se basa en técnicas como el análisis de correspondencia múltiple o conjuntos difusos (lógica difusa).

Un ejemplo de este tipo de validez se puede encontrar en el estudio de Pascoal et al. (2016a), quienes desarrollaron un estudio de validación discriminante para los diagnósticos, ineffectivo de la clarificación de las vías respiratorias (IAC, 00031), ineffectivo patrón respiratorio efectivo (IBP, 00032) y alteración del intercambio de gases (IGE, 00030) entre niños con infección respiratoria aguda. Los autores identificaron 27 características definitorias que presentaban capacidad discriminatoria entre los tres diagnósticos.

Nivel 2.3.6. Validez pronóstica. La validez pronóstica se refiere al grado de que un conjunto específico de características definitorias apoya la interpretación de un paciente's deterioro clínico, relacionado con un diagnóstico de enfermería en un contexto específico. Este criterio de nivel de evidencia se basa en la identificación de tasas más bajas de supervivencia / recuperación de sujetos con

esas características definitorias. Este criterio incluye estudios longitudinales complejos cuyo objetivo es identificar un conjunto de características definitorias que permitan una valoración pronóstica: establecer signos clínicos que sean marcadores de deterioro en el paciente.'s clínico

estado. Para lograr este tipo de validez, el diagnóstico debe tener validez de constructo clínico (se deben haber cumplido los criterios 2.3.3.).

Este proceso de validación se basa en estudios de cohorte de diagnóstico, en los que la aparición de características definitorias debe evaluarse y registrarse en varios puntos durante el seguimiento. La duración del seguimiento del paciente dependerá de cada diagnóstico, especialmente si su trayectoria clínica tiende a ser aguda o crónica, lo que puede llevar desde días hasta años de seguimiento para establecer marcadores pronósticos fiables. Las muestras se obtienen típicamente de forma consecutiva y / o por derivación de sujetos que se cree que están experimentando el diagnóstico. El análisis de este tipo de estudios incluye técnicas estadísticas específicas, como medidas de riesgo relativo, coeficiente de incidencia en pacientes y tasas de supervivencia. Además, se utilizan modelos estadísticos basados en métodos multivariados, como las ecuaciones de estimación generalizadas y los modelos de riesgos proporcionales de Cox.

Un ejemplo de validez pronóstica se puede encontrar en el estudio de Pascoal et al. (2016b), quienes analizaron prospectivamente las características definitorias de la insuficiencia respiratoria efectiva (00032) en niños hospitalizados con infección respiratoria aguda, para identificar marcadores de deterioro clínico asociados al diagnóstico de enfermedad. Los autores siguieron a 136 niños durante un período de diez días consecutivos y, después de un análisis basado en el modelo de Cox extendido a las covariables dependientes del tiempo, identificaron cuatro características definitorias que pueden interpretarse como indicativas de un mal pronóstico para la PBI.

Nivel 2.3.7. Validez generalizable de las características definitorias. Este nivel incluye revisiones sistemáticas de características definitorias y tiene como objetivo identificar signos y síntomas clínicos que permitan una interpretación generalizada del diagnóstico de enfermedad entre poblaciones. Este criterio de nivel de evidencia se basa en la identificación de estudios de validación de constructo clínico del mismo diagnóstico en diferentes poblaciones, utilizando métodos similares y describiendo medidas de precisión diagnóstica de las características definitorias. Así, las muestras están compuestas por estudios bien diseñados que cumplen con 2.3.3. Criterios de validez de constructo clínico. Para confirmar la validez generalizable, el estudio debe aplicar técnicas de metanálisis para establecer medidas de resumen de sensibilidad y especificidad.

Un ejemplo de este tipo de evidencia es el artículo de Sousa, Lopes y Silva (2015), quienes completaron una revisión sistemática con metanálisis para identificar características definitorias de insuficiencia respiratoria efectiva de las vías respiratorias (00031) que presentó una mejor precisión diagnóstica en diferentes condiciones clínicas. El estudio incluyó una muestra final de siete

estudios, cinco realizados con niños y dos con adultos. El análisis se realizó inicialmente para los siete estudios, y luego solo

para estudios desarrollados para niños. Los autores concluyeron que ocho características eran válidas para una interpretación generalizable para IAC.

Nivel 2.3.8. Validez causal específica del diagnóstico. La validez causal específica se refiere en la medida en que la evidencia clínica establece interpretaciones de las relaciones causales entre múltiples factores en un diagnóstico. Este criterio de nivel de evidencia se basa en la identificación de estos factores en estudios de casos y controles o utilizando otros métodos que den fe de su relación con el diagnóstico. Este nivel de validez clínica se refiere a estudios que se desarrollan para identificar múltiples factores de riesgo / relacionados para un diagnóstico. Los métodos comúnmente utilizados incluyen estudios de casos y controles bien diseñados con suficientes tamaños de muestras para determinar la magnitud de la efecto de los factores causales potenciales, así como la identificación de estructuras jerárquicas y suficientes de múltiples factores de riesgo relacionados / afecciones asociadas / poblaciones en riesgo.

La inferencia diagnóstica para establecer los sujetos que compondrán el caso (con el diagnóstico de enfermería) y los grupos de control (sin el diagnóstico de enfermería) debe basarse en las medidas de precisión diagnóstica establecidas por los estudios de validez de constructo clínico: nivel 2.3.3. Deben cumplirse los criterios.

Este tipo de validez fue utilizado en el estudio de Medeiros et al. (2018), quienes completaron un estudio de casos y controles para identificar factores de riesgo de úlceras por presión en adultos en cuidados intensivos. El estudio se realizó con 180 pacientes (90 en cada grupo). Mediante el uso del análisis de regresión logística, los autores identificaron seis factores de riesgo de úlcera por presión (00249, revisado a riesgo de lesión por presión en esta edición).

Nivel 2.3.9. Validez causal de la variable de exposición. La validez causal de la variable de exposición se refiere a la interpretación de una relación causal entre un factor etiológico y un grupo de diagnósticos. El criterio del nivel de evidencia se basa en resultados obtenidos de estudios de cohortes u otros métodos que permitan demostrar cómo dicho factor puede modificar las interpretaciones (inferencias) sobre un conjunto de diagnósticos. Este tipo de validación permite establecer la importancia de un factor relacionado / de riesgo para diagnósticos múltiples, utilizando un diseño de cohorte de exposición, que se basa en dos grupos: uno expuesto y otro no expuesto al riesgo / factor relacionado. Dichos estudios también pueden ser útiles para el establecimiento de cadenas causales, en las que múltiples diagnósticos están clínicamente asociados y tienen circuitos de retroalimentación, que caracterizan un diagnóstico de síndrome.

Las muestras deben ser suficiente para determinar la magnitud del riesgo asociado con la exposición al factor, e identificar estructuras jerárquicas que tienen etiologías multifactoriales y / o cadenas causales. Finalmente, los diagnósticos que se cree que son causados por el mismo factor de riesgo / relacionado deben evaluarse con base en

evidencia de validez del constructo clínico; cada diagnóstico a analizar debe haber alcanzado el nivel 2.3.3. Criterios de validez. El estudio de Reis & Jesus (2015) es un ejemplo de una cohorte de exposición para evaluar el riesgo de caídas (00155) entre 271 ancianos institucionalizados.

Nivel 2.3.10. Validez generalizada de factores relacionados / de riesgo. Este tipo de validez se refiere al grado en que el mismo conjunto de factores etiológicos permite la generación de una interpretación causal para diferentes poblaciones en múltiples contextos. Este criterio de nivel de evidencia se basa en la identificación de estudios que validan los factores etiológicos del diagnóstico en diferentes poblaciones, utilizando métodos similares y describiendo medidas de la effect tamaño de estos factores en el diagnóstico. Por lo tanto, este nivel es similar a la validez generalizable de las características definitorias, pero incluye revisiones sistemáticas de factores relacionados / de riesgo. Estas muestras incluirán estudios bien diseñados que cumplan con el nivel 2.3.8. criterios y técnicas de metanálisis se utilizan para establecer medidas de resumen de la effect tamaño del efecto de los factores relacionados / de riesgo en el diagnóstico de enfermería. No se encontraron ejemplos de este tipo de validez, posiblemente porque el número de estudios sobre factores relacionados / de riesgo es todavía muy pequeño. Sin embargo, es importante enfatizar que la definición de intervenciones dependerá del factor causal del diagnóstico. Se fomentan los estudios sobre pruebas de validez.

4.3.3 Consideraciones finales

Estos niveles de evidencia representan una jerarquía que describe el grado en que las observaciones identificadas como descriptivas de un diagnóstico realmente lo describen. La revisión de los niveles de evidencia para los diagnósticos NANDA-I debe ayudar a los médicos a conocer la etapa de desarrollo de los diagnósticos y su potencial para representar los fenómenos de la profesión. Además, esta revisión puede ayudar a los académicos a definir su investigación, ampliando las posibilidades de aplicación práctica de sus hallazgos. Los procesos de validación pueden acelerar el desarrollo gradual de diagnósticos aceptados y propuestos, offdándole mayor consistencia a la terminología, además de mejorar el proceso de toma de decisiones clínicas.

En el próximo ciclo de la terminología, los Directores de Investigación trabajarán para reasignar LOE para nuestros diagnósticos, utilizando estos nuevos criterios.

4.4 Referencias

Asociación Americana de Investigación Educativa. Asociación Americana de Psicología. Consejo Nacional de Medición en Educación. Normas para las pruebas educativas y psicológicas. Washington: Asociación Americana de Psicología, 2014.

- Cabaço SR, Caldeira S, Vieira M, et al. Afrontamiento espiritual: un enfoque del nuevo diagnóstico de enfermería narices. *Int J Nurs Knowl* 2018; 29 (3): 156-164.
- Chaves DBR, Pascoal LM, Beltrão BA, et al. Árbol de clasificación para cribar el diagnóstico de enfermería Ineflimpieza efectiva de las vías respiratorias. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 (5): 2353-2358.
- Deeks JJ, Bossuyt PM, Gatsonis C. Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de la precisión de las pruebas de diagnóstico, versión 1.0.0. La Colaboración Cochrane. 2013. Obtenido de <http://srdta.cochrane.org/> sobre 24 de junio de 2019.
- Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, et al. Diagnósticos de enfermería en cuidados intensivos: cruzados cartografía y taxonomía NANDA-I. *Rev Bras Enferm* 2016; 69 (2): 285-293
- Grant JS, Kinney MR. Utilización de la técnica Delphi para examinar la validez de contenido de los diagnósticos de enfermería. *Nurs Diagn* 1992; 3 (1): 12-22.
- Gregory RJ. La historia de las pruebas psicológicas. En: Gregory RJ. *Pruebas psicológicas: historia, principios y aplicaciones*. 6ª ed. Londres: Pearson Education, 2010.
- Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos de enfermería internacionales: definiciones y clasificación, 2018-2020. Nueva York: Thieme, 2018.
- Lopes MVO, Silva VM, Herdman TH. Causalidad y validación de diagnósticos de enfermería: una teoría de rango medio. *Int J Nurs Knowl* 2017; 28 (1): 53-59.
- Mangueira SO, Lopes MVO. Validación clínica del diagnóstico de enfermería de procesos familiares disfuncionales relacionados con el alcoholismo. *J Adv Nurs* 2016; 72 (10): 2401-2412.
- Medeiros ABA, Fernandes MICD, Tinôco JDS, et al. Predictores del riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos de cuidados intensivos: un estudio retrospectivo de casos y controles. *Enfermería intensiva de cuidados intensivos* 2018; 45: 6-10.
- Melo RP, Lopes MVO, Araujo TL, et al. Riesgo de disminución del gasto cardíaco: validación de una propuesta de diagnóstico de enfermería. *Nurs Crit Care* 2011; 16 (6): 287-294.
- Merlin T, Weston A, Tooher R. Ampliación de una jerarquía de pruebas para incluir temas distintos del tratamiento: revisión de la australiana 'niveles de evidencia'. *Metodología de investigación médica de BMC* 2009; 9 (1): 34.
- Miller S, Fredericks M. La naturaleza de "evidencia" en métodos de investigación cualitativa. *Int J Qual Methods* 2003; 2 (1): 1-27.
- Oliveira MR, Silva VM, Guedes NG, et al. Validación clínica del "Estilo de vida sedentario" diagnóstico de enfermería en estudiantes de secundaria. *J Sch Nurs* 2016; 32 (3): 186-194.
- Pascoal LM, Lopes MVO, Silva VM, et al. Clínica de diferenciación de diagnósticos de enfermería respiratoria en niños con infección respiratoria aguda. *J Pediatr Nurs* 2016a, 31 (1): 85-91.
- Pascoal LM, Lopes MVO, Silva VM, et al. Indicadores clínicos pronósticos de supervivencia a corto plazo para un patrón respiratorio efectivo en niños con infección respiratoria aguda. *J Clin Nurs* 2016b, 25 (5-6): 752-759.
- Pearson A, Wiechula R, Court A, et al. Una reconsideración de lo que constituye "evidencia" en las profesiones sanitarias. *Nurs Sci Q* 2007; 20 (1): 85-88.
- Pearson A, Wiechula R, Court A, et al. El modelo del JBI de atención médica basada en la evidencia. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3 (8): 207-215.
- Pinto SP, Caldeira S, Martins JC. Un estudio cualitativo sobre pacientes en cuidados paliativos: experiencias de confort: implicaciones para el diagnóstico y las intervenciones de enfermería. *J Nurs Educ Practice* 2017; 7 (8): 37-45.

Reis KMC, Jesús CAC. Estudio de cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo de caídas

desde el diagnóstico de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23 (6): 1130-1138.

Sousa VEC, Lopes MVO, Silva VM. Revisión sistemática y metaanálisis de la precisión de los indicadores clínicos para ineffectiva de las vías respiratorias. *J Adv Nurs* 2015; 71

(3): 498-513.

- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Medición en la investigación en enfermería y salud. 5ª ed. Nueva York: Springer, 2017.
- Zeleníková R, Žiaková K, Cáp J, Jarošová D. Validación de contenido del diagnóstico de enfermería del dolor agudo en la República Checa y Eslovaquia. *Int J Nurs Terminol Knowledge* 2014; 25: 139-146.

El uso de los diagnósticos de enfermería internacionales de NANDA

5	Conceptos básicos de diagnóstico de enfermería	78
6	Diagnóstico de enfermería: una terminología internacional	93
7	Razonamiento clínico: de la evaluación al diagnóstico	109
8	Aplicación clínica: análisis de datos para determinar los Diagnóstico de enfermería	126
9	Introducción a la taxonomía internacional de enfermería de la NANDA Diagnósticos	138
10	Especificaciones y definiciones dentro de NANDA International Taxonomía de los diagnósticos de enfermería	164
11	Glosario de términos	177

5 Conceptos básicos de diagnóstico de enfermería

Susan Gallagher-Lepak y Camila Takáo Lopes

5.1 Principios del diagnóstico de enfermería: introducción

La atención médica es brindada por varios tipos de profesionales de la salud, incluidos enfermeros, médicos y fisioterapeutas, por nombrar solo algunos. Esto es cierto en los hospitales, así como en otros entornos a lo largo de la continuidad de la atención (por ejemplo, clínicas, atención domiciliaria, atención a largo plazo, centros comunitarios, prisiones, escuelas). Cada disciplina del cuidado de la salud aporta su cuerpo de conocimientos único al cuidado del cliente. De hecho, un cuerpo de conocimientos único es una característica fundamental de una profesión.

La colaboración, y en ocasiones la superposición, ocurre entre los profesionales que brindan atención (► Figura 5.1). Por ejemplo, un médico en un hospital puede escribir una orden para que el cliente camine dos veces al día. Los fisioterapeutas se centran en los músculos centrales y los movimientos necesarios para caminar. Es posible que intervengan terapeutas respiratorios si se necesita oxigenoterapia para permitir que el paciente's tolerancia a la actividad, debido a una afección respiratoria subyacente. Los trabajadores sociales pueden estar involucrados con la cobertura del seguro para el equipo necesario. Las enfermeras tienen una visión holística del paciente, que incluye trabajar con el paciente en el equilibrio y la fuerza muscular relacionados con la marcha, el patrón de respiración y la oxigenación para conservar energía durante la actividad, enseñándole al paciente cómo usar dispositivos accesorios para apoyar la marcha, como así como apoyar al paciente's confianza y motivación.



Fig. 5.1 Ejemplo de un equipo sanitario colaborativo


Cada profesión sanitaria tiene una forma de describir "qué" el profesional sabe y "cómo" actúa sobre lo que sabe. Este capítulo se centra principalmente en la "qué". Una profesión puede tener un lenguaje común que se utiliza para describir y codificar sus conocimientos. Los médicos tratan enfermedades y utilizan la taxonomía de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) para representar y codificar los problemas médicos que tratan. Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental tratan los trastornos de salud mental y utilizan el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013). Aunque las enfermeras aprenden mucho sobre los diagnósticos contenidos tanto en la CIE como en el DSM, es importante recordar que las enfermeras diagnostican y tratan de forma independiente las respuestas humanas a los problemas de salud y / o procesos de la vida, y utilizan la NANDA International, Inc. (NANDA -I) clasificación del diagnóstico de enfermería. La taxonomía del diagnóstico de enfermería, el proceso de diagnóstico y el uso de la terminología NANDA-I,

La taxonomía NANDA-I proporciona una forma de clasificar y categorizar áreas de interés para el profesional de enfermería (es decir, focos de diagnóstico). Contiene 267 diagnósticos de enfermería agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es un "esfera de conocimiento" y los dominios NANDA-I identifican el conocimiento único de la disciplina de enfermería (▣ Tabla 5.1). Los 13 dominios NANDA-I se dividen además en clases (agrupaciones que comparten atributos comunes). La función urinaria, por ejemplo, es una clase en el dominio de eliminación e intercambio. Cada una de las clases contiene diagnósticos de enfermería relevantes. La retención urinaria (00023) es un diagnóstico de enfermería en la clase Función urinaria, dentro del dominio de Eliminación e intercambio.

Tabla 5.1 Dominios NANDA-I

Dominio	Nombre
1	Promoción de la salud
2	Nutrición
3	Eliminación e intercambio
4	Actividad / descanso
5	Percepción / cognición
6	Autopercepción
7	Relaciones de roles
8	Sexualidad
9	Afrontamiento / tolerancia al estrés
10	Principios de vida
11	Medida de seguridad
12	Comodidad
13	Desarrollo del crecimiento

Comprender la taxonomía NANDA-I ayuda a la enfermera a identificar y revisar los diagnósticos dentro de la misma clase. Por ejemplo, en el dominio Confort, en la clase de Confort físico, una enfermera encontrará diagnósticos de enfermería relacionados con el dolor, la comodidad y las náuseas. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de vida, o la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad. Cada diagnóstico de enfermería tiene etiqueta, definición e indicadores de diagnóstico. Ejemplos de etiquetas de diagnóstico de enfermería incluyen dolor crónico (00133) e ineffectogestión de la salud activa (00276).

Las enfermeras se ocupan de las respuestas a las condiciones de salud / procesos de vida entre individuos, familias, grupos y comunidades. Tales respuestas son la preocupación central del cuidado de enfermería y llenan el círculo adscrito a la enfermería en  Fig. 5.1. Un diagnóstico de enfermería puede centrarse en un problema, un riesgo potencial o una fortaleza.

- Diagnóstico centrado en el problema - un juicio clínico sobre un Respuesta humana indeseable a una condición de salud / proceso de vida que existe en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico de riesgo - un juicio clínico sobre el susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana indeseable a las condiciones de salud / procesos de vida
- Diagnóstico de promoción de la salud - un juicio clínico sobre motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por una disposición a mejorar comportamientos de salud específicos y pueden usarse en cualquier estado de salud. En los casos en que las personas no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y luego actuar sobre el cliente.'s nombre. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

Aunque limitado en número en la taxonomía NANDA-I, una enfermera también puede diagnosticar un síndrome. Un síndrome es un juicio clínico sobre un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y, por lo tanto, se aborda mejor a través de intervenciones similares. Un ejemplo de diagnóstico de síndrome es el síndrome de dolor crónico (00255). El diagnóstico de enfermería, el dolor crónico (00133) es un dolor recurrente o persistente que ha durado al menos 3 meses y que de manera significativaafecta el funcionamiento o el bienestar diario. El síndrome de dolor crónico es diffderivado del dolor crónico en que, además del dolor crónico, impacta significativamente otras respuestas humanas y, por lo tanto, un síndrome incluye otros diagnósticos de enfermería,

como patrón de sueño alterado (00198), fatiga (00093), movilidad física alterada (00085), o aislamiento social (00053).

5.2 Principios del diagnóstico de enfermería: diagnóstico

El proceso de enfermería requiere conocimientos de enfermería (teoría / ciencia de enfermería / conceptos de enfermería subyacentes) (Herdman, 2013) e incluye la evaluación, el diagnóstico, la planificación de los resultados y las intervenciones, la implementación y la evaluación (▣ Figura 5.2). Las enfermeras utilizan la evaluación y el juicio clínico para formular hipótesis o explicaciones sobre los problemas, los riesgos y las oportunidades de promoción de la salud que se presentan. Se requiere la aplicación del conocimiento de los conceptos subyacentes de la ciencia de la enfermería y la teoría de la enfermería antes de que se puedan identificar patrones en los datos clínicos o se puedan hacer diagnósticos precisos.

Los componentes del proceso de enfermería ocurren más o menos simultáneamente en la enfermera.'s procesos de pensamiento. Tenga en cuenta que los rectángulos tienen la línea de inicio más cercana a la izquierda y la línea final más distante a la derecha. Esta asimetría representa el período de tiempo después del comienzo de la recopilación de datos, cuando la enfermera utiliza el razonamiento y el juicio clínico para comenzar a identificar diagnósticos, establecer resultados específicos para el paciente y decidir las intervenciones. Mientras completa estas operaciones, la enfermera puede comenzar a implementar estas decisiones y evaluar sus resultados (Bachion, 2009).

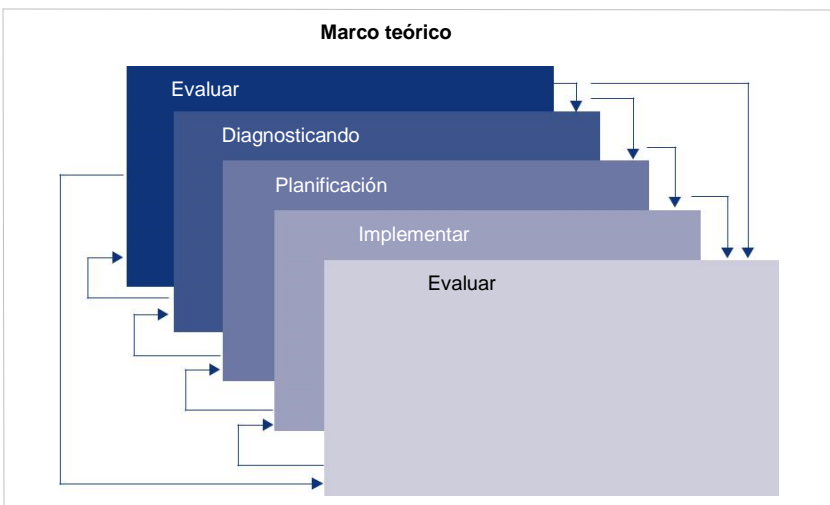


Fig. 5.2 El proceso de enfermería.

De Bachion, MM (2009). Instrumentos básicos del cuidado: observación, interacción y medición. [Instrumentos básicos para la prestación de cuidados: observación,

interacción y medición]. I Simpósio Brasiliense de Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2009. Brasília, Brasil. (Portugués). Reproducido con permiso del autor.

5.3 Principios del diagnóstico de enfermería: conocimiento de los conceptos de enfermería

El conocimiento de conceptos clave, o focos de diagnóstico de enfermería, es necesario antes de comenzar una evaluación. Ejemplos de conceptos críticos importantes para la práctica de enfermería incluyen respiración, eliminación, termorregulación, comodidad física, autocuidado e integridad de la piel. La comprensión de estos conceptos le permite a la enfermera ver patrones en los datos y diagnosticar con precisión. Las áreas clave para comprender dentro del concepto de dolor, por ejemplo, incluyen las manifestaciones del dolor, las teorías del dolor, las poblaciones en riesgo, los conceptos fisiopatológicos relacionados (fatiga, depresión) y el manejo del dolor. También se necesita una comprensión completa de los conceptos clave para diferenciar los diagnósticos.

Por ejemplo, para comprender los problemas relacionados con el afrontamiento y la tolerancia al estrés que podrían ser específicos de una población inmigrante, una enfermera debe primero comprender los conceptos básicos relacionados con los problemas potenciales, los riesgos o las oportunidades de promoción de la salud. Al observar simplemente los problemas que pueden ocurrir con el afrontamiento y la tolerancia al estrés, la enfermera puede necesitar considerar los diagnósticos de riesgo de transición migratoria complicada (00260) y duelo inadaptado (00135); las preocupaciones con la resiliencia pueden llevar a la enfermera al diagnóstico, resiliencia deteriorada (00210); mientras que los problemas relacionados con la planificación de actividades pueden llevar a un diagnóstico de ineficacia de planificación de actividades efectivas (00199). Como puede ver, aunque cada uno de estos diagnósticos está relacionado con el afrontamiento y la tolerancia al estrés, no todos están relacionados con el mismo concepto central. Por lo tanto, la enfermera puede recopilar una cantidad significativa de datos, pero sin una comprensión adecuada de los conceptos básicos de transición migratoria, duelo, resiliencia y planificación de actividades, los datos necesarios para un diagnóstico preciso pueden omitirse y los patrones en los datos de la evaluación pueden pasar desapercibidos.

5.4 Evaluación

La evaluación implica la recopilación de datos subjetivos y objetivos (p. Ej., Signos vitales, entrevista con el paciente / familia, examen físico, resultados de diagnóstico por imágenes de laboratorio y de diagnóstico) y revisión de la información histórica proporcionada por el paciente / familia o que se encuentra en la historia clínica del paciente. Las enfermeras también recopilan datos sobre las fortalezas del paciente y la familia (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y los riesgos (para prevenir o posponer problemas potenciales). Las evaluaciones deben basarse en marcos teóricos, que incluyen,

entre otros, teorías de enfermería, como Enfermería cuidadosa, Teoría del cuidado cultural y Teoría del cuidado transpersonal. Los elementos de los marcos teóricos se pueden poner en práctica a través de marcos de evaluación, como Marjory Gordon's Patrones de salud funcional

(FHP). Se proporcionará más información sobre Gordon's PSF en el capítulo sobre evaluación (Capítulo 7.3). Los marcos centrados en la enfermería proporcionan una forma de categorizar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones o categorías de datos relacionados. En el próximo capítulo sobre evaluación, discutiremos esto con más detalle. Sin embargo, es importante considerar que existen diferentes enfoques de evaluación, que pueden variar desde un enfoque muy amplio hasta muy limitado, e incluyen herramientas de evaluación de riesgos, herramientas de evaluación informadas por el paciente y herramientas de evaluación de enfermería en profundidad, por nombrar solo algunas.

La base del diagnóstico de enfermería es el razonamiento clínico. El razonamiento clínico implica el uso del juicio clínico para decidir qué está mal en un paciente y la toma de decisiones clínicas para decidir qué se debe hacer (Levett-Jones et al 2010). El juicio clínico es "una interpretación o conclusión sobre un paciente's necesidades, preocupaciones o problemas de salud, y / o la decisión de tomar medidas (o no)" (Tanner 2006, pág.204). Los problemas clave, o focos de diagnóstico, pueden ser evidentes al principio de la evaluación (p. Ej., Integridad de la piel alterada, soledad) y permitir que la enfermera comience el proceso de diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede informar insomnio, irritabilidad, angustia y / o mostrar tensión facial, temblores en las manos y aumento de la transpiración. La enfermera experimentada reconocerá al cliente's ansiedad (00146) basado en el informe del cliente y / o conductas de ansiedad. Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupos de señales clínicas a partir de los datos de evaluación y progresar sin problemas a los diagnósticos de enfermería. Las enfermeras novatos toman un proceso más secuencial para determinar los diagnósticos de enfermería apropiados.

Como otro ejemplo, después de la evaluación inicial de un paciente que experimenta dificultad respiratoria/aficativos con actividad, se pueden considerar varios diagnósticos potenciales. Las enfermeras pueden usar instrumentos válidos y confiables que miden las respuestas reales, para evaluar más a fondo estos diagnósticos y confirmar o refutar su hipótesis de diagnóstico. Algunos ejemplos pueden incluir el uso de la Escala de disnea multidimensional (Kalluri et al., 2019), la Herramienta de evaluación sedentaria internacional (Prince et al., 2019) o el Cuestionario de comportamiento sedentario (Rosenberg et al., 2010) .

Como otro ejemplo, si en la evaluación inicial, se identifica un diagnóstico potencial relacionado con el manejo del dolor, las enfermeras pueden trabajar con los pacientes para usar un instrumento o una escala válida y confiable que mida el riesgo o los signos / síntomas de una respuesta real, para evaluar más a fondo esta posibilidad y confirmar o refutar su hipótesis diagnóstica. Algunos ejemplos pueden incluir el uso de la escala de

caída de Morse (Morse, 1997), la escala de disnea multidimensional (Kalluri et al, 2019) o la escala de Braden (Bergstrom et al, 1987).

Tabla 5.2 Partes de una etiqueta de diagnóstico de enfermería

Modificador	Enfoque del diagnóstico
Ineficaz	planificación de actividades
Riesgo para	infección
Crónico	confusión
Dañado	movilidad física
Preparación para mejorar	manejo de la salud

5.5 Diagnóstico

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de vida, o la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad (comunicación NANDA-I DDC, 2019). Es el resultado del razonamiento diagnóstico (Gordon, 1994) y típicamente se expresa en dos partes: (1) descriptor o modificador y (2) enfoque del diagnóstico o su concepto clave, como con el diagnóstico, ineficaz planificación de actividades efectivas (00199) (► Tabla 5.2). Hay algunas excepciones en las que un diagnóstico de enfermería es solo una palabra, como ansiedad (00146), estreñimiento (00011), fatiga (00093) y náuseas (00134). En estos diagnósticos, el modificador y el enfoque son inherentes a un término.

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y preparación para promover la salud. Los diagnósticos centrados en problemas no deben considerarse más importantes que los diagnósticos de riesgo. A veces, un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de mayor prioridad para un paciente. Un ejemplo puede ser un paciente que tiene los diagnósticos de enfermería de deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral (00045), deterioro de la memoria (00131), preparación para mejorar la autogestión de la salud (00293) y riesgo de lesión por presión en adultos (00249), y ha sido admitido recientemente en un centro de enfermería especializada. Aunque el deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral y el deterioro de la memoria son los diagnósticos centrados en el problema, el paciente El riesgo de lesiones por presión en adultos puede ser el diagnóstico de prioridad número uno. Esto puede ser especialmente cierto cuando se identifican factores de riesgo relacionados durante la evaluación (p. Ej., Disminución de la movilidad física, desnutrición proteico-energética, deshidratación, conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión) en un individuo que se sabe que es parte de una población en riesgo. (ancianos; individuos en la comunidad, atención de ancianos y entornos de rehabilitación; en silla de ruedas).

Cada diagnóstico de enfermería tiene una etiqueta y una definición clara. Es importante señalar que el mero hecho de tener una etiqueta o elegir de una lista de etiquetas es insuficiente. Es fundamental que las enfermeras

conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan con más frecuencia. Además, necesitan conocer el "indicadores de diagnóstico" - los

Tabla 5.3 Resumen de términos clave

Término	Breve descripción
Diagnóstico de enfermería	Un juicio clínico sobre la respuesta humana a la salud. condiciones / procesos de vida, o una susceptibilidad a esa respuesta, por un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los que la enfermera tiene la responsabilidad
Definiendo característica	Indicaciones / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un problema. diagnóstico o síndrome de promoción de la salud centrado en el lema. Esto implica no solo las cosas que la enfermera puede ver, pero también las cosas que se ven, escuchado (por ejemplo, el paciente / familia nos dice), tocado u oído.
Factor relacionado	Factor antecedente que parece mostrar algún tipo de patrón relación con la respuesta humana (factores etiológicos). Estas los factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes, y Siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas a estos factores etiológicos.
Factor de riesgo	Factores. Factor antecedente que aumenta la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a un ser humano indeseable respuesta. Estos factores deben ser modificables por enfermería independiente. intervenciones, y siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas en estos factores.
Poblaciones en riesgo	Grupos de personas que comparten características sociodemográficas, salud / antecedentes familiares, etapas de crecimiento / desarrollo, exposición a ciertos eventos / experiencias que hacen que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana particular. Estas son características que no son modificable por la enfermera profesional.
Asociado condiciones	Diagnósticos médicos, procedimientos diagnósticos / quirúrgicos, médicos / quirúrgicos dispositivos o preparaciones farmacéuticas. Estas condiciones no son modificable de forma independiente por la enfermera profesional.

información que se utiliza para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores de diagnóstico incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo (▢ Tabla 5.3). Las características definitorias son pistas / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. Ej., Signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias respalda la precisión del diagnóstico de enfermería. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de

enfermería centrados en problemas. Los factores relacionados, también llamados factores etiológicos, son factores antecedentes que muestran una relación pautada con la respuesta humana (p. Ej., Causa, factor contribuyente). Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y, siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas a estos factores etiológicos. Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben estar dirigidas a

estos factores etiológicos con el fin de eliminar la causa subyacente del diagnóstico de enfermería. Los factores de riesgo son factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable (por ejemplo, ambiental, psicológica).

Las señales / inferencias observables se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico centrado en el problema o en la promoción de la salud. Esto implica no solo las cosas que la enfermera puede ver, sino también las cosas que se escuchan (por ejemplo, el paciente / la familia nos dice), se tocan o se huelen.

Un diagnóstico de enfermería no necesita contener todos los tipos de indicadores de diagnóstico (es decir, características definitorias, factores relacionados y / o factores de riesgo). Los diagnósticos de enfermería centrados en problemas contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción de la salud suelen tener solo características definitorias; se podrían utilizar factores relacionados si mejoraran la claridad del diagnóstico. Solo los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo.

Un plan de cuidados de enfermería no necesita contener cada tipo de diagnóstico de enfermería. El siguiente ejemplo ilustra el uso de diagnósticos de problemas y riesgos, así como el proceso dinámico de determinación de diagnósticos de enfermería.

El plan de atención de una mujer de 82 años en el hospital incluye los diagnósticos, riesgo de caídas (00155), dolor agudo (00132) y volumen deficiente de líquidos (00027). La enfermera indica a su colega durante un fin de turno de mano-off que su entrevista con la mujer 'Su esposo sugiere que está abrumado por el aumento de sus necesidades de atención durante el año pasado, y que él mismo la está brindando todo el cuidado. La enfermera afirma que agregará al plan de atención el riesgo de tensión del rol de cuidador (00062).

Un formato común utilizado por los estudiantes cuando aprenden a documentar los diagnósticos de enfermería incluye: _____ [diagnóstico de enfermería] relacionado con _____ [causa / factores relacionados] como lo demuestra _____ [síntomas / características definitorias]. Por ejemplo, inefectiva lactancia materna efectiva (00104) relacionada con la ansiedad materna, el apoyo familiar inadecuado y el uso de chupetes, como lo demuestra el llanto del bebé al pecho, el bebé que no puede agarrarse correctamente al pecho de la madre y la pérdida sostenida de peso del bebé. Muchos educadores de enfermería apoyan este método como un método útil para que los estudiantes aprendan a pensar críticamente, mientras que también proporciona a los miembros de la facultad una forma de evaluar el razonamiento clínico. Además, algunos argumentan que todos los diagnósticos de enfermería deben documentarse en la historia clínica del

paciente utilizando este formato de tres partes. Sin embargo, siempre ha sido la posición de NANDA-I que es apropiado documentar la etiqueta únicamente, siempre que los factores relacionados / de riesgo y las características definitorias puedan reconocerse en las secciones de datos de evaluación, notas de enfermería o plan de atención dentro de la historia clínica del paciente,

Además, la mayoría de los registros de salud electrónicos (HCE) que se utilizan hoy en día no incluirán "relacionado con" y "como lo demuestra" componentes. Por lo tanto, es importante que la herramienta de evaluación de enfermería dentro del sistema HCE contenga los indicadores de diagnóstico necesarios para el diagnóstico, para permitir la documentación de la etiqueta de diagnóstico de enfermería solo dentro de la lista de problemas del paciente. Después de todo, simplemente documentar un diagnóstico no prueba su exactitud. Al igual que con nuestros colegas en medicina, debemos hacer que nuestros indicadores de diagnóstico aparezcan dentro del registro del paciente para respaldar nuestros diagnósticos. Sin esta información, es imposible verificar la precisión del diagnóstico, lo que pone en duda la calidad de la atención de enfermería.

5.6 Planificación / Implementación

Una vez que se identifican los diagnósticos, se debe priorizar los diagnósticos de enfermería seleccionados para determinar las prioridades de atención. Es necesario identificar los diagnósticos de enfermería de alta prioridad (es decir, necesidad urgente, diagnósticos con alto nivel de congruencia con características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) para que la atención pueda dirigirse a resolver estos problemas o disminuir la gravedad o el riesgo de ocurrencia. (en el caso de diagnósticos de riesgo).

Los diagnósticos de enfermería se utilizan para identificar los resultados previstos de la atención y planificar las intervenciones específicas de enfermería de forma secuencial. Un resultado de enfermería, según los autores de la Clasificación de resultados de enfermería (NOC), se refiere a "un estado, comportamiento o percepción mensurable de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería". El NOC es un ejemplo de lenguaje de enfermería estandarizado que se puede utilizar al planificar la atención, para representar medidas de resultado relacionadas con un diagnóstico de enfermería (Moorhead, Swanson, Johnson y Maas, 2018, p. 3). Las enfermeras a menudo, e incorrectamente, pasan directamente del diagnóstico de enfermería a la intervención de enfermería sin tener en cuenta los resultados deseados. En cambio, es necesario identificar los resultados antes de determinar las intervenciones. El orden de este proceso es similar a la planificación de un viaje por carretera. Simplemente subirse a un automóvil y conducir llevará a una persona a alguna parte, pero puede que ese no sea el lugar al que la persona realmente quería ir. Es mejor tener primero una ubicación clara (resultado) en mente y luego elegir una ruta (intervención) para llegar a la ubicación deseada.

Una intervención, según los autores de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), se define como "cualquier tratamiento, basado en el

juicio clínico y el conocimiento que realiza una enfermera para mejorar los resultados del paciente / cliente"(Butcher, Bulechek, Docterman y Wagner, 2018, p.xii). La NIC es un ejemplo de un lenguaje de intervención de enfermería estandarizado que las enfermeras pueden


utilizar en varios entornos de atención. Utilizando los conocimientos de enfermería, las enfermeras realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias. Estas intervenciones interdisciplinarias se superponen con la atención brindada por otros profesionales de la salud (p. Ej., Médicos, fisioterapeutas y terapeutas respiratorios).

La hipertensión es un diagnóstico médico, sin embargo, las enfermeras realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias para estos clientes que tienen varios tipos de problemas o estados de riesgo. A menudo, las enfermeras inician protocolos permanentes para gestionar los diagnósticos médicos de los pacientes y pueden creer que están proporcionando intervenciones de enfermería independientes porque no requieren una orden directa de un médico para comenzar el protocolo. Sin embargo, estos protocolos permanentes son, de hecho, órdenes médicas dependientes que son realizadas y monitoreadas por enfermeras; no son intervenciones de enfermería independientes. Sin embargo, las enfermeras realizan intervenciones independientes para aquellos clientes diagnosticados con diagnósticos de enfermería, como el riesgo de presión arterial inestable (00267), que es un diagnóstico de enfermería común en muchos entornos. Al revisar los (factores etiológicos) relacionados para este diagnóstico,

5.7 Modelo tripartito de práctica de enfermería de Kamitsuru

Kamitsuru's El modelo tripartito de práctica de enfermería proporciona a las enfermeras una comprensión clara de los tipos de intervenciones que realizan las enfermeras y la base del conocimiento que subyace a esas intervenciones. ff diferentes tipos.

Las enfermeras suelen trabajar con un paciente que tiene problemas médicos. Sin embargo, desde un punto de vista legal, los médicos son responsables del diagnóstico y tratamiento de estos problemas médicos. Del mismo modo, las enfermeras son responsables del diagnóstico y tratamiento de los problemas de enfermería. El punto importante es que los problemas de enfermería son different de problemas médicos. Además, no cambiamos el nombre de los diagnósticos o términos médicos para crear diagnósticos de enfermería, ni necesitamos un diagnóstico de enfermería para cada intervención o acción de enfermería.

Para aclarar estos puntos, dejemos's examinar cómo existe la práctica de la enfermería dentro de la atención de salud, desde una perspectiva más amplia, basada en el modelo de tres pilares de la práctica de la enfermería (Kamitsuru, 2008),  Figura 5.3. Este modelo describe tres componentes principales de la práctica de la enfermería, que son distintos pero están interrelacionados. En la práctica clínica, se espera que las enfermeras realicen diversas acciones.

Primero, tenemos prácticas / intervenciones que son impulsadas por diagnósticos médicos. Las acciones de enfermería pueden estar relacionadas con las relacionadas con los tratamientos médicos, la vigilancia y seguimiento del paciente, así como con la colaboración interdisciplinar. Para

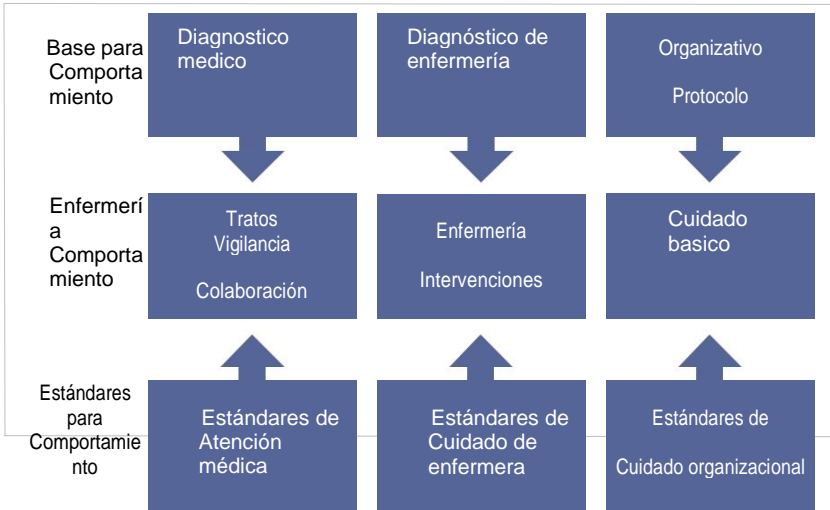


Fig. 5.3 Modelo tripartito de práctica de enfermería de Kamitsuru

Por ejemplo, cuando un médico diagnostica que un paciente inconsciente tiene un infarto cerebral y ordena medicamentos por vía intravenosa (IV), la enfermera implementa la orden IV según las indicaciones y monitorea cuidadosamente al paciente.'s respuesta a los medicamentos. Las enfermeras toman estas acciones en respuesta a los diagnósticos médicos y utilizan los estándares médicos de atención como base para estas acciones de enfermería.

En segundo lugar, la práctica puede estar impulsada por los diagnósticos de enfermería. Las intervenciones de enfermería independientes no requieren la aprobación ni el permiso del médico. Por ejemplo, para el paciente anterior con un infarto cerebral, la enfermera coloca al paciente de manera cuidadosa para evitar la aspiración, así como las lesiones por presión. También se pueden proporcionar cuidados de apoyo al paciente.'s cónyuge, que también está cuidando en casa a una persona mayor con demencia. Las enfermeras toman estas acciones con base en los diagnósticos de enfermería y utilizan los estándares de atención de enfermería como base para estas acciones de enfermería.

Finalmente, la práctica puede estar impulsada por protocolos organizacionales. Pueden ser acciones relacionadas con los cuidados básicos, como el cambio de ropa blanca, la higiene y el cuidado diario. Estas acciones no están relacionadas específicamente con diagnósticos médicos o diagnósticos de enfermería, pero se basan en estándares organizacionales de atención.

Las tres acciones se combinan para formar la práctica de la enfermería. Cada uno tiene una base de conocimientos diferente y diferentesffresponsabilidades diferentes. Las tres partes son igualmente importantes para que las entiendan las enfermeras, pero solo una de ellas se relaciona con el conocimiento disciplinario único de la enfermería.-y esa es el área que conocemos como diagnóstico de

enfermería. Este modelo también muestra por qué no es necesario cambiar el nombre de los diagnósticos médicos a diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos médicos ya existen en el ámbito médico. Sin embargo, los diagnósticos médicos no siempre explican todo lo que las enfermeras entienden sobre los pacientes, los juicios que se hacen sobre sus

respuestas humanas o intervenciones implementadas para los pacientes. Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería se utilizan para explicar los juicios clínicos independientes que las enfermeras hacen sobre sus pacientes. Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería proporcionan la base de las intervenciones de enfermería independientes.

5.8 Evaluación

Un diagnóstico de enfermería "proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados de los que la enfermería tiene la responsabilidad" (Herdman y Kamitsuru 2018, p. 133). El proceso de enfermería se describe a menudo como un proceso escalonado, pero en realidad, una enfermera irá y vendrá entre los pasos del proceso. Las enfermeras se moverán entre la evaluación y el diagnóstico de enfermería, por ejemplo, a medida que se recopilen datos adicionales y se agrupen en patrones significativos y se evalúe la precisión de los diagnósticos de enfermería. Del mismo modo, la efectividad de las intervenciones y el logro de los resultados identificados se evalúan continuamente a medida que se evalúa el estado del cliente. La evaluación debe ocurrir en última instancia en cada paso del proceso de enfermería, así como una vez que se haya implementado el plan de atención. Varias preguntas a considerar incluyen las siguientes: "¿Qué datos podría haber perdido? ¿Estoy haciendo un juicio inapropiado? ¿Qué tan confiado estoy en este diagnóstico? ¿Necesito consultar con alguien con más experiencia? ¿He confirmado el diagnóstico con el paciente / familia / grupo / comunidad? ¿Son los resultados esperados apropiados para este cliente en este contexto, dadas las regulaciones que rigen la práctica de enfermería en el país / estado / región, la realidad del paciente's condición, el paciente's valores / creencias, experiencia profesional y recursos disponibles? ¿Están las intervenciones basadas en la evidencia de la investigación o la tradición (p. Ej., "lo que siempre hacemos")?"

5.9 Principios del diagnóstico de enfermería: aplicación clínica

Esta descripción de los conceptos básicos del diagnóstico de enfermería, aunque está dirigida principalmente a los novatos, puede beneficiar a muchas enfermeras ya que destaca los pasos críticos en el uso del diagnóstico de enfermería y proporciona ejemplos de áreas en las que pueden ocurrir diagnósticos inexactos. Un área que necesita un énfasis continuo, por ejemplo, incluye el proceso de vincular el conocimiento de los conceptos de enfermería subyacentes a la evaluación y, en última instancia, al diagnóstico de enfermería. La enfermera La comprensión de los conceptos clave (o focos de diagnóstico) dirige el proceso de evaluación y la interpretación de los datos de evaluación. De manera relacionada, las enfermeras diagnostican las

respuestas a problemas, riesgos y fortalezas. Cualquiera de estos tipos de diagnósticos puede ser el diagnóstico (o diagnósticos) prioritarios, y la enfermera hace este juicio clínico.

Al representar el conocimiento de la ciencia de la enfermería, la taxonomía NANDA-I proporciona la estructura para un lenguaje estandarizado en el que comunicar los diagnósticos de enfermería. Utilizando la terminología NANDA-I (los propios diagnósticos), las enfermeras pueden comunicarse entre sí, así como con profesionales de otras disciplinas de la atención de la salud, sobre "qué" las enfermeras conocen de manera única. El uso del diagnóstico de enfermería en nuestras interacciones con los pacientes / miembros de la familia puede ayudarlos a comprender los problemas en los que se centrarán las enfermeras y puede involucrarlos en su propio cuidado. La terminología proporciona un lenguaje compartido para que las enfermeras aborden los problemas de salud, los estados de riesgo y las oportunidades de promoción de la salud. NANDA-I Los diagnósticos de enfermería se utilizan internacionalmente, con traducción a más de 20 idiomas. En un mundo cada vez más global y electrónico, NANDA-I también permite a las enfermeras involucradas en la beca comunicarse sobre fenómenos de interés para la enfermería en manuscritos y en conferencias, de manera estandarizada, avanzando así la ciencia de la enfermería.

Los diagnósticos de enfermería son revisados por pares y enviados para su aceptación / revisión a NANDA-I por enfermeras en práctica, educadores de enfermería e investigadores de enfermería de todo el mundo. Las presentaciones de nuevos diagnósticos y / o revisiones de los diagnósticos existentes han seguido creciendo en número durante los casi 50 años de la terminología de diagnóstico de enfermería de NANDA-I. Los envíos continuos (y revisiones) a NANDA-I fortalecerán aún más el alcance, la extensión y la evidencia de respaldo de la terminología.

5.10 Breve resumen del capítulo

Este capítulo describe los tipos de diagnósticos de enfermería (es decir, centrados en problemas, riesgos, promoción de la salud) y los pasos del proceso de enfermería. El proceso de enfermería comienza con la comprensión de los conceptos subyacentes de la ciencia de la enfermería y las teorías de la enfermería. La evaluación sigue e implica la recopilación y agrupación de datos en patrones significativos. El diagnóstico implica el juicio clínico sobre una respuesta humana a una condición de salud o proceso de vida, o la susceptibilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Los componentes del diagnóstico de enfermería se revisaron en este capítulo, incluida la etiqueta, la definición y los indicadores de diagnóstico (es decir, factores relacionados, factores de riesgo, poblaciones en riesgo y afecciones asociadas). Dado que la evaluación de un paciente generalmente generará una serie de diagnósticos de enfermería, Es necesario priorizar los diagnósticos de enfermería para dirigir la prestación de cuidados. Los próximos pasos críticos en la planificación / implementación incluyen la identificación de los resultados de enfermería y

las intervenciones de enfermería para eliminar los factores causales o de riesgo de un diagnóstico, o para minimizar su impacto en el individuo.'s, cuidador's, familia's, grupo's, o

comunidad's bienestar. La evaluación ocurre durante todo el proceso de enfermería y al final de la atención al paciente.

5.11 Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013. Disponible en: dsm.psychiatryonline.org
- Bachion MM. [Instrumentos básicos para la prestación de cuidados: observación, interacción y medición]. I Simpósio Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília, Brasil, 2009 (portugués).
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2018.
- Butryn ML, Arigo D, Raggio GA, Kaufman AI, Kerrigan SG, Forman EM. Medición de la capacidad para tolerar el malestar relacionado con la actividad: validación inicial del cuestionario de aceptación de actividad física (PAAQ). *Revista de actividad física y salud* 2015; 12 (5): 717-726.
- Herdman TH. Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional [Manejo de casos usando diagnósticos de enfermería de NANDA International]. XXX Congreso FEMAFEE 2013. Monterrey, México.
- Kalluri M, Bakal J, Ting W, Younus S. (2019). Comparación de la escala de disnea de MRC con una nueva escala de disnea multidimensional (MDDS) para uso clínico. En: B46. Neumonía intersticial idiopática: historia natural (págs. A3371-A3371). Conferencia internacional de la American Thoracic Society, 2019.
- Kamitsuru, S. Kango shindan seminario shiryou [Folleto del seminario de diagnóstico de enfermería]. Laboratorio Kango, 2008 (japonés).
- Leininger M. La teoría del cuidado de la cultura: una contribución importante al avance de la enfermería transcultural
ing conocimientos y prácticas. *J Transcult Nurs* 2002; 13 (3): 189-201.
- Levett-Jones T, Hoffhombre K, Dempsey J. El "cinco derechos" del razonamiento clínico: un modelo educativo para mejorar los estudiantes de enfermería' capacidad para identificar y gestionar clínicamente "en riesgo" pacientes. *Nurse Educ Today* 2010; 30 (6): 515-520. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19948370/>.
- Meehan TC, Timmons F, Burke J. Atención fundamental guiada por la filosofía de enfermería cuidadosa y el modelo de práctica profesional. *Revista de Enfermería Clínica* 2018; 27: 2260-2273.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de los resultados de salud. 6ª ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2018.
- Prince SA, Butler GP, Roberts KC, Lapointe P, MacKenzie AM, Colley RC, et al. Desarrollo de contenido para encuestas nacionales de salud de la población: un ejemplo que utiliza un módulo de comportamiento sedentario desarrollado recientemente. *Archivos de Salud Pública* 2019; 77 (1): 53.
- Rosenberg DE, Norman GJ, Wagner N, Patrick K, Calfas KJ, Sallis JF. Fiabilidad y validez del Cuestionario de Conducta Sedentaria (SBQ) para adultos. *Revista de Actividad Física y Salud* 2010; 7 (6): 697-705.
- Tanner CA. Pensar como una enfermera: un modelo de juicio clínico basado en la investigación en enfermería. *J Nurs Educ* 2006; 45 (6): 204-211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16780008/>.
- Watson, J. El cuidado de la ciencia como ciencia sagrada. En: McEwen M, Wills E (eds.). Base teórica de la enfermería. Lippincott Williams y Wilkins, 2005.

6 Diagnóstico de enfermería: una terminología internacional

Susan Gallagher-Lepak, T. Heather Herdman

6.1 Aspectos comunes de la enfermería en todo el mundo

Hay aproximadamente 19 millones de enfermeras y parteras en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Visualice esta gran cantidad de enfermeras que brindan atención de enfermería en todo el mundo en varios tipos de entornos de atención médica, hablando diferentes lenguajes, utilizando una gama de equipos y tecnologías, y siguiendo innumerables y variados protocolos institucionales. Aunque las diferencias son evidentes, los puntos en común son numerosos entre este grupo profesional y sus miembros. La prestación colectiva de cuidados de enfermería.

Las enfermeras tienen valores profesionales similares (p. Ej., Afecto, dignidad del paciente, colaboración) y comparten conocimientos fundamentales de enfermería. El individuo (o receptor de la atención) es el foco central de la enfermería. Las enfermeras tratan con individuos, respuestas a problemas de salud y procesos de vida entre individuos, cuidadores, familias, grupos y comunidades.

Las enfermeras utilizan los diagnósticos de enfermería de NANDA-I para comunicar sus juicios clínicos sobre las respuestas humanas / procesos de vida, o las susceptibilidades a estas respuestas, que están experimentando sus pacientes. La enfermera's juicio clínico "proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por lo que la enfermería tiene la responsabilidad" (Herdman y Kamitsuru, 2018, p. 133).

6.2 Educación y práctica de enfermería

Muchas escuelas de enfermería tienen planes de estudio que integran el diagnóstico de enfermería y los vínculos con los resultados y las intervenciones. Es fundamental en los planes de estudio la importancia de la evaluación para orientar la identificación y validación de los diagnósticos de enfermería. También es importante que los miembros del personal docente y administrativo valoren y tengan conocimiento de la terminología del diagnóstico de enfermería.

La publicación NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification es un libro de texto básico para muchos programas de educación en enfermería y se publica en más de 20 idiomas (Tabla 1.2). Las traducciones y la distribución de idiomas más recientes en el último ciclo de libros reflejan un interés más amplio en nuestro trabajo en países de África, Asia, Europa del Este y el subcontinente indio. Varios países han mostrado interés reciente en adoptar NANDA-I a través

de actividades como talleres internacionales, el desarrollo de un Grupo de Red NANDA-I, asistiendo

Tabla 6.1 Diagnósticos de enfermería de NANDA International: definiciones y clasificación. Traducciones

Chino complejo	croata	checo	holandés
inglés	Estonio	Español europeo	francés
alemán	Hispanoamericano	indonesio	italiano
	Español		
japonés	coreano	letón	polaco
portugués	rumano	Chino simplificado	esloveno
sueco	turco		

Conferencias NANDA-I, solicitud de seminarios en línea u otras actividades de aprendizaje para desarrollar el conocimiento de la taxonomía y terminología NANDA-I.

La exposición y la aplicación del proceso de enfermería y la comprensión profunda del diagnóstico de enfermería en la educación de enfermería equipan a cada aspirante a enfermero con los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica profesional de la enfermería. La integración de los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en todo el plan de estudios implica contenido que se incluye en cursos de conferencias, cursos de habilidades y experiencias clínicas y de simulación. Existen numerosas formas de integrar los lenguajes de enfermería estandarizados (SNL), incluidos los diagnósticos de enfermería NANDA-I, en el plan de estudios. El desarrollo de planes de atención como asignaciones clínicas es muy común y puede ser una oportunidad de aprendizaje efectiva después de que los estudiantes hayan estado expuestos al diagnóstico. Los enfoques problemáticos incluyen enseñar diagnósticos de enfermería de una manera que los vincule directamente con los diagnósticos médicos, utilizando planes de atención estandarizados para diagnósticos de enfermería específicos sin vincular los datos de evaluación con el diagnóstico y / o sin personalizar las intervenciones y los resultados para el paciente. La enfermera debe considerar un diagnóstico médico como parte de la evaluación, pero nunca debe utilizarse exclusivamente como fundamento de un diagnóstico de enfermería. De manera similar, un plan de atención estandarizado puede ser una plantilla de partida, pero debe adaptarse al paciente y las inquietudes o necesidades específicas de cada paciente, identificadas a través de la evaluación de enfermería.

Los entornos sanitarios utilizan diagnósticos de enfermería o "problemas del paciente" para identificar y priorizar las áreas de interés de la enfermería. Muchas organizaciones de atención médica han pasado de los registros médicos en papel a los registros médicos electrónicos (EHR) para documentar la atención de enfermería. NANDA-I contrata a los principales proveedores de EHR para obtener la licencia de la terminología NANDA-I, y los proveedores de EHR luego personalizan la terminología para cada institución de salud única. Los HER y

las compilaciones personalizadas pueden vincular los datos de evaluación con los diagnósticos. NANDA-I también contrata directamente a organizaciones (por ejemplo, hospitales, atención domiciliaria, cuidados a largo plazo) para el uso de la terminología, a través de sus socios editoriales. Con la popularidad de los HCE,

Es importante tener en cuenta que es una violación de la ley de derechos de autor utilizar terminología NANDA-I en un EHR sin el permiso de NANDA-I, en forma de contrato escrito con el socio editor que administra los derechos digitales en el idioma del usuario.

La presencia de SNL en EHR offers nuevas formas de estudiar la precisión del diagnóstico (correspondencia entre los datos de evaluación y el paciente's estado actual) y documentación de enfermería. Los estudios han demostrado la necesidad de mejorar el razonamiento y la precisión del diagnóstico entre estudiantes y enfermeras en la práctica (Johnson, Edwards y Giandinoto, 2017; Larijani y Saatchi, 2019; Freire, Lopes, Keenan y Lopez, 2018). Se puede extraer una gran cantidad de información clínica cuando las SNL están incluidas en el HCE y cuando los diagnósticos se pueden validar mediante el uso de datos dentro de las evaluaciones de enfermería estandarizadas.

6.3 Asociaciones profesionales y clasificaciones de enfermería

La asociación profesional NANDA-I conecta a las enfermeras (y otras personas interesadas en el diagnóstico de enfermería) con interés en la búsqueda del desarrollo y perfeccionamiento de la terminología diagnóstica, así como las mejores prácticas para la educación, la investigación y el uso de la terminología NANDA-I. Los miembros de la asociación incluyen estudiantes, enfermeras en práctica, administradores, educadores, informáticos e investigadores. Los miembros están conectados a través de su sitio web y canales de redes sociales, además de tener la oportunidad de presentar sus investigaciones y compartir experiencias en las conferencias NANDA-I. La revista NANDA-I, *International Journal of Nursing Knowledge*, publica investigaciones sobre efforts para identificar los conocimientos de enfermería, desarrollar y aplicar SNL en la práctica, la educación, la informática y la investigación.

NANDA-I se ha vinculado a varias clasificaciones de enfermería y, con permiso, varias han incorporado diagnósticos NANDA-I dentro de su desarrollo (asignados *) a lo largo de los años, con fines de práctica, educación o investigación. Éstos incluyen:

- Bélgica's Conjunto de datos mínimos de enfermería (NMDS)
- Clasificación de atención clínica (CCC) Sistema *
- Vías europeas de atención de enfermería (ENP)
- Clasificación internacional de funciones (ICF)
- Clasificación internacional de la práctica de enfermería (ICNP) *
- Leistung Erfassung des Pflegeaufwandes (LEP)
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), Universidad de Iowa
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC), Universidad de Iowa

- Conjunto de datos de enfermería perioperatoria (PNDS) *
- Sundheds-væsenets Klassifikations System (SKS), Clasificación danesa de intervenciones de enfermería.

La mayor parte de la investigación en el área de SNL se ha realizado sobre diagnósticos NANDA-I, seguidos de "NNN", que es el uso combinado de NANDA-I, las Clasificaciones de Resultados de Enfermería e Intervenciones de Enfermería (NOC y NIC, respectivamente), y sus vínculos (Tasten et al, 2014; Herdman & Kamitsuru, 2018; Moorhead, Swanson, Johnson, & Maas, 2018; Butcher, Bulechek, Doch-terman y Wagner, 2018).

Muchos de los términos de NANDA-I están contenidos en SNOMED CT (Nomenclatura sistémica de términos clínicos y médicos), una terminología de referencia clínica internacional. Al momento de escribir este artículo, NANDA-I está colaborando con miembros de SNOMED para considerar las posibilidades de desarrollar un conjunto de referencias dentro de SNOMED CT para que sus usuarios puedan acceder a los términos de NANDA-I dentro de sus HCE.

6.4 Implementación internacional

Hay muchas formas en que los colegios y universidades, las organizaciones de atención médica, las asociaciones profesionales e incluso las entidades gubernamentales han trabajado juntas para educar e implementar la terminología de diagnóstico de enfermería. La implementación generalizada de la terminología de diagnóstico de enfermería se ha avanzado en algunos países mediante mandatos de uso. Varios países de América Latina (por ejemplo, Perú, México, Brasil) han incluido el uso del proceso de enfermería y el diagnóstico de enfermería en los reglamentos de enfermería profesional o las leyes gubernamentales. Los siguientes ejemplos, en orden alfabético de país, proporcionan una perspectiva global sobre el estado de implementación en algunas partes del mundo de la terminología NANDA-I.

6.4.1 Brasil

El Consejo Federal de Enfermería (COFEN) regula la enfermería desde 1986 y exige que la atención de enfermería se realice de acuerdo con los elementos del proceso de enfermería en cada institución de salud, y establece que las enfermeras tienen derecho a hacerlo (Brasil, 1986, 1987; COFEN, 2002, 2009, 2017). Antes de estas regulaciones, las enfermeras en Brasil promovieron el avance científico de la enfermería. En las décadas de 1960 y 1970, la Dra. Wanda de Aguiar Horta, de la Universidad de São Paulo (EEUSP), promovió los métodos científicos y el uso del diagnóstico de enfermería y el proceso de enfermería (Paula, Nara, & Horta, 1967; Horta, Hara, Y Paula, 1971; Horta, 1972; Horta, 1977). A finales de la década de 1980, dos grupos adoptaron

Diagnósticos NANDA, la EEUSP (liderada por la Dra. Edna Arcuri) y la Universidad Federal de Paraíba (UFPB) (liderada por la Dra. Marga Coler) (Coler, Nóbrega, García, & Coler-Thayer, 2009; Cruz, 1991).

El conocimiento de la taxonomía y la terminología de NANDA se difundió más a través de publicaciones y conferencias. En 1990, la publicación del manual Diagnóstico de enfermería: un enfoque conceptual y práctico, contenía una traducción de la Taxonomía 1 revisada de NANDA-I (Farias, Nóbrega, Pérez y Coler, 1990). El primer Simposio Nacional de Diagnósticos de Enfermería fue promovido en 1991 por el Instituto de Cardiología Dante Pazzanese (IDPC) y la actual Escuela Paulista de Enfermería (EPE-Unifesp); le siguió el primer Simposio Internacional sobre Diagnósticos de Enfermería, en 1995, promovido por la EEUSP. La primera traducción oficial de la clasificación NANDA se completó en 1999. En 2002, EPE-Unifesp ocupó el sexto lugarthEl Simposio Nacional de Diagnósticos de Enfermería se llevó a cabo junto con el primer Simposio Internacional de Clasificaciones de Enfermería. Los eventos ayudaron a las enfermeras a comprender los vínculos entre NANDA, NOC y NIC.

El proceso de enfermería se enseña en todos los programas de enfermería. Esto se deriva en parte de las Directrices Curriculares Nacionales de Cursos de Licenciatura en Enfermería, establecidas en 2001, que confirmaron que las enfermeras pueden diagnosticar (Conselho Nacional de Educação, 2001). La Comisión de Organización de la Práctica de Enfermería (COMSISTE ABEn Nacional), establecida en 2006 por la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn), educa a las enfermeras sobre el proceso de enfermería y promueve la implementación efectiva del proceso de enfermería y SNL en la práctica (ABEn, 2017a; ABEn 2017b). Los programas de posgrado han contribuido ampliamente al uso del diagnóstico de enfermería en Brasil, y durante el período de 2006-2016, 85% de 216 tesis y disertaciones accesibles enfocadas en diagnósticos de enfermería y diagnósticos de enfermería NANDA-I (Hirano, Lopes, & Barros, 2019). Otras iniciativas educativas incluyen el Programa de Actualización de Diagnósticos de Enfermería a distancia (PRONANDA) producido en Brasil desde 2013 (NANDA International, Herdman y Carvalho, 2013). La implementación de SNL en EHR ha contribuido al uso ampliado de NNN. Desde 2013, el Grupo A ha realizado cerca de 400 ventas con licencia a un total de 32 entornos de atención médica.

A pesar de este escenario favorable, la implementación y uso del proceso de enfermería y SNL siguen siendo inconsistentes en el país. Por ejemplo, en 416 sectores con 40 instituciones en el Estado de São Paulo, 78,8% evaluación documentada, 78,8% diagnósticos documentados, pero solo 56,0% evaluación documentada, diagnóstico, intervenciones y resultados, mientras que 5,8% no documenta ninguna fase de la enfermería. proceso o notas de enfermería (Azevedo, Guedes, Araújo, Maia, & Cruz,

2019). En 2020, la Red de Investigación de Procesos de Enfermería (REPPE) fue creada por investigadores de varias regiones del país, con el objetivo de generar, sintetizar y compartir conocimientos sobre el proceso de enfermería y SNL (REPPE, sf). La continua promoción de eventos por ABEn, COMSISTE's acciones y discusiones de cabecera utilizando SNL, como las promovidas por IDPC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) y Hospital Universitário da USP, son iniciativas valiosas para el avance del proceso de enfermería y la implementación de SNL en la práctica en Brasil .

6.4.2 Japón

En la década de 1990, el diagnóstico de enfermería fascinó a muchas enfermeras japonesas que buscaban una práctica independiente basada en el conocimiento profesional. Aunque no existe una regulación que exija el uso del diagnóstico de enfermería, casi el 60% de los hospitales y el 50% de las escuelas de enfermería lo utilizan o enseñan. El diagnóstico de enfermería no está incluido en el plan de estudios de enfermería estándar. La enseñanza del diagnóstico de enfermería en los programas de pregrado depende de la experiencia y la perspectiva de los instructores de cada escuela de enfermería. Dado que no existen pautas para la educación en diagnóstico de enfermería, los instructores a menudo se confunden sobre qué o cómo enseñar.

En los últimos 20 años, la introducción de los sistemas de HCE se ha extendido por todo el país y el diagnóstico de enfermería se considera un lenguaje estandarizado esencial. Los hospitales que utilizan terminología de diagnóstico de enfermería incorporan su formación en la educación en servicio. Algunos hospitales invitan a instructores externos para brindar dicha capacitación periódicamente, mientras que otros utilizan instructores internos y externos para mejorar el personal. ff miembros'habilidades y conocimientos de diagnóstico. Para muchos hospitales es un desafío desarrollar y retener a sus propios instructores.

Aunque está presente en los HCE, el liderazgo de enfermería no ha aprovechado al máximo los datos de diagnóstico de enfermería para mejorar la atención de la salud (p. Ej. ffing, resultados del paciente). Continuado effSe necesitan especialistas en Japón para fortalecer el conocimiento y la confianza de las enfermeras en sus juicios diagnósticos. El diagnóstico de enfermería se utiliza más effeficazmente en hospitales donde los administradores de enfermería valoran su uso en la HCE y están comprometidos con el personalff desarrollo con una perspectiva a largo plazo.

6.4.3 México

Desde principios de 1970's, las actividades educativas enfocadas en el proceso de enfermería fueron promovidas por organizaciones e instituciones educativas y de servicios, especialmente la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, la

Asociación Nacional de Universidades e Instituto de Educación Superior y la Asociación Nacional de Enfermeras. Las colaboraciones dieron como resultado una guía y criterios unificados para

planes de atención estandarizados y criterios de enseñanza y aplicación del proceso de enfermería para mejorar el desempeño de la enfermería (Moran, sf).

En 2007 se informó la creación de la Comisión Permanente de Enfermería (PNC) en la *offi*Diario oficial de la Federación (gobierno), Diario Oficial de la Federación. La PNC es el órgano asesor de enfermería del Gobierno Federal, con el propósito de establecer políticas para la práctica y formación de enfermeras. La PNC desarrolló nueve recomendaciones para fortalecer la cultura de la calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de la atención de enfermería. Los más significativos se relacionaron con el proceso de enfermería (NP) y la implementación del NP en las unidades médicas (Recomendación 1); estandarización de la atención de enfermería a través de planes de atención de enfermería para los principales problemas de salud utilizando etiquetas diagnósticas (Recomendación 2); y propuesta de elaboración de un catálogo de planes de cuidados de enfermería (Recomendación 9) (Hernández, 2011).

El proceso de enfermería se ha incorporado a los planes de estudio de enfermería. Sin embargo, sigue existiendo una brecha entre la teoría y la práctica, así como una implementación mínima en los entornos sanitarios. Los profesionales aplican conocimientos mediados por una serie de valores inherentes a la profesión, sin embargo existe una *diff*Diferencia entre cómo el área académica aplica el proceso de enfermería y cómo se implementa en el área clínica. En la práctica hospitalaria, son pocos los profesionales de enfermería que aplican la NNN como herramienta útil para el desarrollo de la práctica profesional. Las enfermeras suelen poner más énfasis en el desarrollo de habilidades técnicas que en los conocimientos metodológicos necesarios para planificar la atención. La recogida de datos, o valoración, se realiza de forma rápida, y muchas veces de forma incompleta, lo que limita la toma de decisiones sobre las respuestas humanas, atribuyéndose un mayor peso a las respuestas fisiopatológicas de los pacientes, predominando el modelo biomédico predominante en el ámbito hospitalario.

La enfermería en México ha avanzado en cuanto a las modalidades de atención de enfermería y el uso del lenguaje estandarizado. Se necesita más investigación en México para contribuir al desarrollo de la terminología del diagnóstico de enfermería.

6.4.4 Perú

La enfermería en el Perú ha pasado por un proceso de desarrollo y transición tanto en la educación como en la práctica clínica. Desde la adopción de la Ley de Universidades peruanas en 1983, solo las universidades pueden *ffer* un título profesional y se ha reforzado el plan de estudios de las escuelas de enfermería. El proceso de enfermería se incorporó a los cursos de enfermería, lo que incluye la identificación de problemas y / o necesidades del paciente.

En este contexto, se impartieron tres etapas: valorar, implementar y evaluar, lo que permitió al enfermero identificar

necesidades del paciente, para desarrollar planes de atención individual, para el cuidador, en grupo, familiar o comunitario.

En la década de 1980, un mayor desarrollo del proceso de enfermería llevó al uso de cinco etapas: evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. El papel de las universidades fue fundamental para la educación y la divulgación de este proceso. La clasificación de diagnóstico NANDA-I comenzó a difundirse y la Universidad Peruana Cayetano Heredia inició el primer trabajo colaborativo entre una universidad y un hospital (Hospital Estatal Arzobispo Loayza). Los profesores de la universidad comenzaron a educar a las enfermeras de este hospital sobre la clasificación de diagnóstico NANDA-I. Esto se repitió en tres hospitales estatales adicionales.

El apoyo del Colegio de Profesionales de Enfermería y la aprobación de la Ley de Enfermería del Perú en 2002 aumentó aún más el uso de la terminología de diagnóstico de enfermería, ya que la Ley requería la inclusión del proceso de enfermería en el sistema de documentación de enfermería. Las metodologías de enseñanza han variado entre universidades, hospitales y regiones. En algunos entornos se ha implementado la clasificación NANDA-I, y en otros aún está en proceso. La Certificación Profesional por el Colegio de Profesionales de Enfermería se inició en 2010, y fue implementada por las Evaluaciones de Competencias Profesionales, Centros de Evaluación, los cuales están acreditados por el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de Calidad Universitaria. Además, el uso del diagnóstico de enfermería NANDA-I fue formalizado por las Competencias Profesionales'normativa en 2015. Esto incluyó el uso de la clasificación NANDA-I en los instrumentos de evaluación utilizados en el proceso, como las notas de avance de enfermería, lo que muestra la importancia del uso de la SNL en la atención segura del paciente. Asimismo, entidades de política, como el Ministerio de Salud, aprobaron Guías de Intervención de Enfermería que fortalecieron el uso de la clasificación NANDA-I en el área clínica de los Hospitales del Estado a nivel nacional, así como "Notas de progreso de enfermería", que han sido aprobados y publicados en las entidades' páginas web.

Se ha producido una integración significativa de los diagnósticos NANDA-I en varios hospitales estatales. Actualmente se están implementando historias clínicas electrónicas, con base en el plan de implementación del Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.

La adquisición de conocimientos de diagnóstico NANDA-I por parte de los profesores universitarios, y su interés en promover este conocimiento en la formación de enfermeras, es la fuerza principal que impulsa la implementación del diagnóstico NANDA-I. La Red NANDA-I: Perú continúa fortaleciendo la comprensión e implementación de las SNL. Esta

red se reúne con las partes interesadas para visibilizar la enfermería en beneficio de la sociedad y los profesionales de enfermería.

6.4.5 República de Irlanda

La República de Irlanda sirve como un ejemplo interesante de cómo NNN se está integrando en entornos educativos y sanitarios (Murphy, McMullin, Brennan y Meehan, 2017). La implementación del Modelo de Práctica Profesional y Filosofía de Enfermería Cuidada (Enfermería Cuidada) ha estado en marcha desde 2009. Un aspecto central de la práctica de enfermería es la dimensión de Competencia y Excelencia en la Práctica, que incluye el concepto, los diagnósticos-resultados-intervenciones, así como una estructura de planificación de la atención utilizando NANDA-I. Un primer paso esencial en esta estructura de planificación de la atención es la identificación del paciente's Diagnósticos de enfermería NANDA-I. En este momento, Careful Nursing se está implementando en diez hospitales y cuatro escuelas de enfermería, principalmente en las áreas suroeste y sur de la República de Irlanda.

NANDA-I se implementa en la República de Irlanda porque las enfermeras en la práctica hospitalaria quieren o deben usarlo (inicialmente debido a Careful Nursing), pero también porque los directores de enfermería del hospital han descubierto que NANDA-I es utilizable "al lado de la cama". Las enfermeras en la práctica reconocen que los diagnósticos de enfermería de NANDA-I les brindan la capacidad de nombrar lo que saben y diagnosticar las necesidades de enfermería de las personas a las que brindan atención. Esto anima a los educadores de enfermería a priorizar e integrar el conocimiento de NANDA-I en todos los niveles del plan de estudios de pregrado. Las perspectivas compartidas de las enfermeras en ejercicio y de las educadoras de enfermería realmente están ayudando a reducir la brecha entre la teoría y la práctica.

6.4.6 España

La implantación de SNL en España se produjo hace más de 20 años. Las enfermeras comenzaron a utilizar SNL en la práctica, principalmente con la incorporación de la HCE y, como consecuencia, el Ministerio de Salud creó una legislación sobre la necesidad de utilizar SNL, específicamente NNN, para la documentación de enfermería. Hubo colaboración entre enfermeras clínicas y profesores universitarios de enfermería para decidir cómo se incluiría SNL en los sistemas electrónicos. Desde el inicio de la implantación del sistema electrónico en el territorio español, el efforts se han multiplicado. No se cuestiona el uso de los diagnósticos de enfermería de NANDA-I en la práctica de enfermería. El Ministerio de Salud español incluye los idiomas NNN en las actualizaciones realizadas a cualquier protocolo de enfermería.

Las facultades de enfermería y muchas enfermeras clínicas que trabajan en hospitales o atención primaria de salud han sido parte de las fuerzas de cambio con respecto a SNL. El desarrollo de los servicios de atención primaria de la salud fue un gran impulso para la enseñanza de la lengua materna en todos los

niveles, a través de la educación continua para los profesionales de enfermería y en las facultades de enfermería. La creación de la Asociación Española de Nomenclatura,

Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) en 1996 fue crucial para que miles de enfermeras españolas aprendieran y discutieran con colegas de NANDA-I y otras asociaciones internacionales, la importancia del uso de SNL en general y los diagnósticos de enfermería en particular.

El Ministerio de Salud español ha estado muy involucrado en la implementación y uso de SNL. Uno de los primeros proyectos, junto con el Consejo Nacional de Enfermería y AENTDE, fue el cálculo del costo de la atención de enfermería mediante planes de atención de enfermería estandarizados que incluían NNN para diferentes procesos clínicos, tanto en hospitales como en Atención Primaria de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, sf). En 2010, más de 100 hospitales españoles utilizaban el mismo sistema electrónico, denominado "GACELA", que incorporó los diagnósticos de enfermería NANDA-I. Algunas partes del territorio español estaban utilizando el sistema en todos los niveles de atención clínica.

Los sistemas electrónicos han facilitado claramente la implementación de los diagnósticos de enfermería NANDA-I. En la HCE, la enfermería tiene la SNL más completa y también la más compleja, incluyendo evaluaciones, diagnósticos, resultados, indicadores de resultados, intervenciones, actividades, etc., y todos ellos están interrelacionados. El registro electrónico es una herramienta que debe facilitar el trabajo de los profesionales que lo utilizan y, de hecho, lo hace. El EHR facilita la planificación y el registro de la atención, al tiempo que produce datos para fomentar la gestión.

El futuro es positivo para el uso continuo de SNL en general y la terminología de diagnóstico de enfermería NANDA-I, específicamente. Otro ámbito importante a considerar es la incorporación de la Nomenclatura Sistemática de Términos Clínicos de la Medicina (SNOMED CT) en los sistemas electrónicos de muchos de los países europeos, que se producirá en España en un futuro no muy lejano. Las innovaciones en tecnología de la información continuarán mejorando el software de enfermería y la gestión de la información, junto con el uso de innovaciones como la inteligencia empresarial o los almacenes de datos, que permiten el análisis de grandes cantidades de datos y pueden mejorar áreas de la enfermería, como la gestión y la gestión. liderazgo, investigación, intervenciones de enfermería basadas en la evidencia y mejora de la práctica.

6.4.7 Estados Unidos

La Asociación Estadounidense de Enfermeras (ANA) recomienda que las enfermeras documenten el uso del proceso de enfermería dentro del registro del paciente y reconozcan 13 SNL. NANDA-I es el más reconocido e investigado de los idiomas en ANA's lista (Tastan, Linch, Keenan, Stifter, McKinney, Fahey, Lopez, Yao & Wilkie, 2014). La falta de voluntad de la ANA para pronunciarse sobre qué SNL deben utilizarse en la práctica clínica ha provocado una falta de consenso.

a nivel nacional, lo que ha socavado la importancia del razonamiento diagnóstico, y el razonamiento clínico general relacionado con el proceso de enfermería, dentro de la educación y la práctica. Desafortunadamente, debido a que no existen regulaciones o requisitos profesionales que guíen el uso del diagnóstico de enfermería, o SNL relacionados con los resultados o las intervenciones, sigue siendo la decisión de cada escuela de enfermería individual en cuanto al grado en que incluye la terminología de diagnóstico de enfermería NANDA-I- y el de otros SNL -en el plan de estudios. Esto deja a los EE. UU. En una clara desventaja debido a su incapacidad para recopilar datos de HCE para comprender mejor a las enfermeras.' impacto en la atención del paciente, cuál es el costo real de la atención de enfermería y qué diagnósticos de enfermería pueden prolongar las estancias hospitalarias, conducir a un aumento de los reintegros o dar lugar a secuelas evitables.

No se sabe cuántas instituciones de salud han implementado el uso de SNL para la documentación electrónica de enfermería en los Estados Unidos. En un estudio poco común, se examinó el uso de EHR en el estado de Minnesota (EE. UU.), Y el 92% de los sistemas de atención médica (p. Ej., Hospitales, clínicas, salud pública) en el estado utilizan EHR. De estas organizaciones, solo el 30% utilizó un SNL (Huard & Monsen, 2017). Sin embargo, es bien sabido que muchas organizaciones sí incorporan etiquetas de diagnósticos de enfermería NANDA-I en los sistemas de documentación, sin obtener una licencia. En muchos de estos casos, las enfermeras desconocen que están documentando con etiquetas NANDA-I, porque no están debidamente referenciadas, y muchas enfermeras, especialmente aquellas con educación de grado asociado, no han aprendido el contenido del diagnóstico de enfermería en sus planes de estudio.

La HCE es parte del panorama de la salud en los EE. UU. Los incentivos de la Ley federal de tecnología de la información sanitaria para la salud económica y clínica (HITECH) de 2009 aceleraron la adopción de los HCE para las organizaciones de atención médica. Los estándares emitidos por el gobierno (Departamento de Salud y Servicios Humanos) requieren que los EHR contengan una lista actualizada de problemas de diagnósticos actuales que los usuarios pueden ingresar y modificar electrónicamente. Sin embargo, no existen estándares para los idiomas que deben usarse en las listas de problemas y, por lo tanto, las listas de problemas varían mucho entre las instituciones de salud y, a menudo, las listas de problemas incluyen solo diagnósticos médicos. Una vez más, esta falta de coherencia limita significativamente la disponibilidad de grandes conjuntos de datos bien definidos y de alta calidad para la investigación en enfermería.

La aparente falta de uso de SNL crea una brecha entre el conocimiento que usan las escuelas de enfermería para preparar a las enfermeras para la práctica y lo que las enfermeras realmente ven y usan en los entornos de atención médica. Dicho esto, muchas escuelas de enfermería de pregrado

enseñan el diagnóstico de enfermería NANDA-I en el plan de estudios, pero es

a menudo se enseña en un curso temprano y no se integra bien en el contenido avanzado a medida que los estudiantes avanzan en sus programas. Además, a menudo está incorrectamente relacionado con el diagnóstico médico, con poca o ninguna educación proporcionada sobre el razonamiento diagnóstico o cómo la evaluación debe impulsar el diagnóstico de enfermería. Los miembros de la facultad de enfermería a menudo recibieron una educación escasa o confusa sobre el diagnóstico y, por lo tanto, a menudo no están seguros de cómo enseñar el diagnóstico de enfermería. Un aspecto muy positivo es la nueva relación entre Boston College y NANDA-I, que cofundó el Programa Marjory Gordon para el Desarrollo del Conocimiento y el Razonamiento Clínico. Esta asociación promoverá el desarrollo de materiales educativos, herramientas y estrategias de aprendizaje para apoyar a los educadores de enfermería mientras enseñan el razonamiento diagnóstico y la terminología del diagnóstico de enfermería.

6.5 Resumen

Se necesita una comunidad global para informar, enseñar e implementar la terminología de diagnóstico de enfermería de NANDA-I. De hecho, ¡es un fenómeno global! La taxonomía NANDA-I proporciona una forma de clasificar las áreas de interés (focos de diagnóstico) para las enfermeras y los pacientes a los que brindamos atención. Los diagnósticos de enfermería de NANDA-I describen las respuestas humanas a los problemas de salud / procesos de la vida e informan la identificación de resultados e intervenciones. Lo que está claro es que los diagnósticos de enfermería de NANDA-I apoyan el proceso de razonamiento clínico y proporcionan un lenguaje específico de la disciplina para describir el conocimiento único de la disciplina de enfermería.

Se están produciendo prácticas innovadoras para la implementación del diagnóstico de enfermería en muchos lugares del mundo (por ejemplo, Estonia, Eslovenia, Italia, España, Brasil)-demasiados para nombrar! Hay muchos profesionales dedicados a estos esfuerzos, incluidas enfermeras clínicas, educadoras de enfermería, administradores, informáticos e investigadores.

La terminología de enfermería de NANDA-I es la única SNL que se actualiza continuamente con la evidencia actual y los criterios de nivel de evidencia asignados, para reflejar mejor el alcance completo de la práctica de enfermería. Los diagnósticos de enfermería se envían para su aceptación (nuevos diagnósticos) o revisión (diagnósticos existentes) a NANDA-I por enfermeras en ejercicio, educadores de enfermería, estudiantes graduados e investigadores en enfermería. Está claro que NANDA-I tiene un alcance global para apoyar a los millones de enfermeras que emiten juicios clínicos (diagnósticos de enfermería) relacionados con los problemas, riesgos y

fortalezas de salud del paciente, y para impulsar intervenciones y resultados relevantes.

6.6 Reconocimiento de los contribuyentes a este capítulo

Gracias a los siguientes expertos que brindaron contenido sobre el diagnóstico de enfermería en su área del mundo.

Brasil

- Camila Takáo Lopes, PhD, RN, FNI, Directora del Comité de Desarrollo de Diagnóstico de NANDA International y Profesora Adjunta de la Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (EPE-Unifesp)
- Alba Lucia Bottura Leite de Barros, PhD, RN, FNI, Profesora Titular de EPE-Unifesp, Coordinadora de la Red de Investigación sobre el Proceso de Enfermería (REPPE) e Investigadora del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq)
- Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, BSN, PhD, FNI, Senior Full Profesora de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Investigadora CNPq
- Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN, FNI, Directora general de NANDA Internacional (2012-2016), Profesor Titular Titular de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP), Investigador CNPq (1987-2019)
- Marcos Venícios de Oliveira Lopes, PhD, RN, FNI, miembro del Comité de Educación e Investigación de NANDA International desde 2014, Profesor Asociado de la Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC), miembro de el Comité Asesor de Enfermería del CNPq
- Miriam de Abreu Almeida, PhD, RN, FNI, miembro del Diagnóstico Comité de Desarrollo de NANDA International (2010-2018), Profesor Titular de la Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Investigador CNPq
- Viviane Martins da Silva, PhD, RN, FNI, miembro de Educación y Comité de Investigación de NANDA International desde 2018, Profesor Asociado de la Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC), Investigador CNPq.

Japón

- Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI, enfermera consultora, presidenta de NANDA Internacional

México

- Prof. Dra. Hortensia Castañeda-Hidalgo

- Prof. Ángeles Fang Huerta
- Prof. Dra. Florabel Flores Barrios
- Prof. Dra. Rosalinda Garza Hernández
- Prof. Dra. Nora Hilda González Quirarte
- Prof. Dra. Dolores Eunice Hernández
- Prof. Dra. Concepción Meléndez Méndez

Perú

- Dra. Ruth Aliaga Sánchez
- Dra. Roxana Obando Zegarra
- Mg. Rossana Gonzáles de la Cruz
- Lic. Elver Luyo Valera

Republica de Irlanda

- Therese Meehan, PhD, RGN, Profesora Asociada Adjunta de Enfermería, University College de Dublín
- Mary Kemple, MSc., RGN, profesora asistente de enfermería, University Col-lege Dublin
- Catalina (Kay) O'Mahony, MBA, RGN, Subdirector de Enfermería, Grupo Hospitalario Sur / Sudoeste

España

- Carme Espinosa i Fresnedo, MSN, FNI, Presidenta electa de la NANDA Internacional
- Rosa González Gutiérrez-Solano, Máster Europeo en Calidad, FNI, Expresidente de AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería)
- Rosa Rifà Ros, PhD, Profesora de Conceptos Fundamentales en Enfermería. Universidad Ramon Llull, Barcelona

6.7 Referencias

- Associação Brasileira de Enfermagem. Regimento Interno. 2017a. Disponible de:http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/regimento_COM-SISTE.pdf.
- Associação Brasileira de Enfermagem. Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem Relatório 2017. 2017b. Disponible de:http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/relatorio_COMSISTE_ABEn-Nacional2017-1.pdf.

- Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentación del proceso de enfermería en instituciones de salud pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019; 53: e03471. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018003703471>.
- Brasil. Presidência da República. 1986. Lei n. 7498, de 25 de junio de 1986. http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
- Brasil. Presidência da República. 1987. Decreto n. 94.406 / 87 de 08 de Junho de 1987. http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2018.
- Coler MS, Nóbrega MML, Garcia TR, Coler-Thayer M. Vincular la naturaleza de la persona con la naturaleza de la enfermería a través de la teoría y la práctica de la enfermería y el lenguaje de enfermería en Brasil. En: Roy C, Jones DAA. *Desarrollo del conocimiento en enfermería y práctica clínica*. Nueva York: Springer, 2007, p.79-91.
- Conselho Federal de Enfermagem [COFEN]. 2002. Resolução COFEN-272/2002. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html.
- Conselho Federal de Enfermagem [COFEN]. 2009. Resolução COFEN-358/2009. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.
- Conselho Federal de Enfermagem [COFEN]. 2017. Resolução COFEN-564/2017. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
- Conselho Nacional de Educação. 2001. Resolução CNE / CES Nº 3, de 7 de noviembre de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponible de: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Cruz DALM. *Classificações em enfermagem: tensões e contribuições*. *Revista Saúde* 1991; 1 (1): 20-31. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/65/104>.
- Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. *Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Ccs / UFPB, 1990.
- Freire VECS, Lopez MVO, Keenan GM, Lopez KD. Estudiantes de enfermería precisión diagnóstica mediante simulación de escenarios clínicos por ordenador. *Nurse Education Today* 2018; 71: 240-246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30340106/>.
- Herdman TH, Kamitsuru S (eds). *Diagnósticos de enfermería de NANDA International: Definición ciones y clasificación*, 2018-2020. Nueva York: Thieme, 2018.
- Hernández E. 2011. *Proceso enfermero en México y lugares generales del proyecto*. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/proceso.PDF>.
- Hirano GSB, Lopes CT, Barros ALBL. *Desarrollo de investigaciones sobre diagnósticos de enfermería en programas de posgrado brasileños*. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019; 72 (4): 926- 932. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0259>.
- Horta WA. *Diagnósticos de enfermagem: estudo básico da determinação da dependên-cia de enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem* 1972; 25 (4): 267-273. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v25n4/0034-7176-reben-25-04-0267.pdf>.
- Horta WA. *Diagnóstico de enfermagem-representação gráfica*. *Revista enfermagem em novas dimensões* 1977; 3 (2): 75-77.
- Horta WA, Hara Y, Paula NS. *O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem* 1971; 24 (3): 159-169.

Huard RJC, Monsen KA. Uso estandarizado de terminología de enfermería en registros médicos electrónicos en Minnesota. Investigación en Medicina Clínica Moderna 2017; 1 (1).[https:// dx](https://dx).

- doi.org/10.22606/mcmr.2017.11003. Recuperado de http://www.isaacpub.org/images/PaperPDF/MCMR_100004_2017052511033162338.pdf.
- Johnson L, Edwards KL, Giandinoto J. (2017). Una revisión sistemática de la literatura sobre la precisión en los planes de atención de enfermería y el uso de un lenguaje de enfermería estandarizado. 2017. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>.
- Larijani TT, Saatchi B. Formación de diagnósticos de enfermería (ND) NANDA-I, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y Clasificación de resultados de enfermería (NOC), en salas psiquiátricas: un ensayo controlado aleatorio. *Nurs Open* 2019; 6 (2): 612-619. DOI: 10.1002/nop.2.244
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería. Proyecto NIPE; Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. 2002. Obtenido de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyec-NIPE.htm>.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de los resultados de salud. 6ª ed. St. Louis, MO: Elsevier, 2018.
- Moran Aguilar Victoria (sf). El proceso de atención de enfermería Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, AC Sin fecha. Disponible de: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf.
- Murphy S, McMullin R, Brennan S, Meehan TC. Explorar la implementación de la filosofía de la enfermería cuidadosa y el modelo de práctica profesional en la práctica hospitalaria. *J Nurs Manag* 2018; 26: 263-273. <https://doi.org/10.1111/jonm.12542>.
- NANDA International, Inc.; Herdman TH, Carvalho EC, organizadoras. PRONANDA Programa de Atualización en Diagnósticos de Enfermería: Ciclo 1. (Sistema de Educación Continuada a Distância, v. 1). Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013, p.11-145.
- Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 1999-2000. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 2000.
- Paula NS, Nara Y, Horta WA. Ensino do plano de cuidados em fundamentos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 1967; 20 (4): 249-263. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-09032010-181608/en.php>.
- Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem [REPPE]. Sin fecha. Disponible de: <https://repperede.org/>.
- Tastan S, Linch GCF, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, Lopez KD, Yao Y, Wilkie DJ. Evidencia de las terminologías de enfermería estandarizadas reconocidas por la American Nurses Association: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería* 2014; 51: 1160-1170. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200008>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. 2013. Obtenido de https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/.

7 Razonamiento clínico: de la evaluación al diagnóstico

Dorothy A. Jones, T. Heather Herdman, Rita de Cássia Gengo e Silva Butcher

7.1 Razonamiento clínico: Introducción

El razonamiento clínico se ha definido de diversas formas dentro de las disciplinas sanitarias. Koharchik et al (2015) indican que se requiere la aplicación de ideas y experiencia para llegar a una conclusión válida; en enfermería, se utiliza para describir la forma en que una enfermera "analiza y comprende a un paciente's situación y forma conclusiones"(pág.58). Tanner (2006) lo ve como el proceso mediante el cual las enfermeras emiten juicios clínicos seleccionando alternativas, sopesando la evidencia, utilizando la intuición y el reconocimiento de patrones. Asimismo, Banning (2008) definió el razonamiento clínico como la aplicación de conocimientos y experiencias a una situación clínica, en un análisis de concepto de razonamiento clínico, que data de 1964 a 2005. El estudio identificó la necesidad de herramientas para medir el razonamiento clínico en la práctica de enfermería.

Es importante señalar que el razonamiento clínico es un proceso, informado y reformado por nuevos datos o evidencia. No es un proceso lineal paso a paso, sino más bien en evolución. Ocurre con el tiempo, a menudo a través de múltiples encuentros entre pacientes y familias. El proceso también es iterativo. Cuanta más información obtengamos, más información seremos capaces de sintetizar, descubriendo los problemas y descubriendo la formación de patrones. Para las enfermeras más noveles al inicio de sus carreras, este proceso puede llevar tiempo. Las enfermeras con más experiencia pueden avanzar más rápidamente por el proceso, habiendo desarrollado el conocimiento al ver a muchos pacientes a lo largo del tiempo. Sin embargo, la situación de cada paciente es única y requiere que las enfermeras se involucren plenamente en todos los componentes del proceso de razonamiento para descubrir la formación de patrones o la identificación del problema.

7.2 Razonamiento clínico dentro del proceso de enfermería

Muchos autores se enfocan en el proceso de enfermería, sin tomarse el tiempo para asegurar que entendemos los conceptos de la ciencia de la enfermería; sin embargo, el proceso de enfermería comienza con, y requiere, una comprensión de estos conceptos subyacentes de la enfermería y la experiencia humana. Si no entendemos nuestros conceptos disciplinarios (o ideas definidas por nuestro conocimiento), lucharemos por identificar cómo

nuestros pacientes, familias y comunidades experimentan la formación de patrones del todo.

Un concepto es una imagen o una idea abstracta. Los conceptos centrales de la disciplina de enfermería incluyen medio ambiente, salud, enfermería y persona (Walker & Avant, 2019). Otros conceptos surgen a medida que describimos fenómenos que preocupan a la enfermería, como el bienestar, el estrés o la actividad. Es fundamental que conozcamos (y enseñemos) estos conceptos para que las enfermeras puedan reconocer las respuestas y los patrones humanos normales que no concuerdan con las respuestas habituales, identificar los riesgos o amenazas para la salud y promover la salud y el bienestar. Participar en el proceso de enfermería (evaluar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar) no tiene sentido si no comprendemos los conceptos de enfermería subyacentes y si no podemos identificarlos a partir de los patrones individuales manifestados en los datos que recopilamos durante la evaluación.

Sin una base sólida en los conceptos, conocimientos o fenómenos que preocupan a la enfermería, se dificulta para articular hipótesis o afirmaciones de probabilidad sobre los pacientes y sus experiencias. Sin este conocimiento, carecemos de la capacidad para participar en una evaluación más profunda y obtener nuevos datos que confirmarán o eliminarán un problema o diagnóstico tentativo. Aunque el conocimiento conceptual generalmente no se ha incluido dentro del proceso de enfermería, conocer esta información mejora nuestra capacidad para comprender la experiencia humana al máximo.

Ejemplo. ¿Qué entendemos por formación de patrones o síntesis de datos? Nosotros estamos hablando de cómo nuestras mentes reúnen información de una variedad de puntos de datos para formar una imagen de lo que estamos viendo y luego reconocen un nombre. Veamos primero un escenario no clínico.

Suponga que sale a caminar y pasa junto a un grupo de hombres sentados en un banco de picnic en un parque. Observa que están haciendo algo con pequeños objetos rectangulares y están hablando en voz muy alta.- algunos incluso están gritando -mientras golpean estos objetos en la mesa entre ellos. Los hombres parecen muy intensos y parece que están discutiendo sobre estos objetos, pero no puedes entender qué son estos objetos o qué están haciendo exactamente los hombres con ellos. A medida que reduce la velocidad para verlos, se da cuenta de que se ha reunido una pequeña multitud. Algunas de estas personas ocasionalmente asienten con la cabeza o comentan de una manera que parece ser alentadora, algunas parecen preocupadas y otras parecen estar tan confundidas por lo que están viendo como usted.

Vincular conceptos y datos. ¿Qué está sucediendo aquí? ¿Qué es lo que eres observando? Puede resultarle difícil articular lo que está viendo si es algo con lo que no tiene experiencia. Cuando no entendemos un concepto, es

difícil seguir adelante con nuestro proceso de pensamiento. Suponga que le dijimos que lo que estaba observando eran hombres jugando Mahjong, un tipo

del juego de mesa basado en fichas. Los azulejos se usan como tarjetas, solo que son pequeños objetos rectangulares hechos tradicionalmente de hueso o bambú. Aunque es posible que no sepas nada sobre Mahjong, puedes comprender el concepto "juego". Con este entendimiento, puede comenzar a mirar la escena que se desarrolla ante usted en unffmanera diferente. Puede comenzar a ver a los cuatro hombres como competidores, cada uno con la esperanza de ganar el juego, lo que podría explicar su intensidad. Puede comenzar a considerar sus voces elevadas como una forma de burlarse afable el uno del otro, en lugar de gritos enojados. Una vez que comprenda el concepto de "juego", puede comenzar a pintar una imagen en su mente de lo que está sucediendo en esta escena, y puede comenzar a interpretar los datos que está recolectando (señales) de una manera que tenga sentido dentro del contexto de un juego. Sin el "juego" concepto, sin embargo, puede continuar la lucha para dar sentido a sus observaciones.

Veamos ahora la idea de conceptos (conocimientos) de enfermería utilizando un escenario clínico. Lisa se encuentra en su primera colocación clínica como estudiante de enfermería, bajo la supervisión del Prof. Leonard, un miembro de la facultad en un centro de vida asistida / independiente para personas mayores. En uno de sus días de prácticas, Lisa está evaluando al Sr. Smith, con la ayuda de su profesor. El Sr. Smith tiene 75 años y ha vivido en la instalación durante 12 meses. Le dice a Lisa que siente que le falta energía todo el tiempo, que no puede concentrarse y la mayoría de los días ni siquiera se ha cepillado los dientes. Le preocupa mucho que haya algo mal en su corazón. Lisa comienza tomando sus signos vitales, pero mientras lo hace, le pide al Sr. Smith que le cuente lo que ha estado sucediendo en su vida desde que comenzó a vivir en las instalaciones. Indica que tuvo que mudarse después de que su esposa murió de un infarto, porque no podía hacerse cargo de las tareas de la casa y hacer los mandados solo, y su única hija vivía en el extranjero con su esposo y sus 4 hijos. Niega cualquier dolor en el pecho, palpitaciones del corazón o dificultad para respirar. Cuando el profesor Leonard le pregunta por qué está preocupado por su corazón, dice "Bueno, este pensamiento sigue repitiéndose en mi mente todos los días, que mi esposa no'Habría muerto si hubiera insistido en que fuera a ver a un cardiólogo antes."

Lisa le pregunta con qué frecuencia lo visita su hija. El Sr. Smith indica que tuvo que irse inmediatamente después de que su esposa's funeral, porque ella y su esposo tenían muchas actividades laborales y no habían podido visitarlo desde entonces, pero generalmente hablaban por teléfono una vez a la semana. Él nota que él no'Realmente tengo interés en las actividades de las instalaciones de vivienda, y fue difícil dejar su vecindario porque había una pareja que vivía al otro lado de la calle y eran muy buenos amigos. Se reunían al menos tres veces a la semana para cenar, o veían televisión o jugaban juegos de mesa, e incluso

viajaban juntos un par de veces. Ahora solo hablan por teléfono. Aunque se
alegra

llega a hablar con ellos, dice que no es 'Es lo mismo que disfrutar de una cena con su esposa y ellos. Señala que su esposa era el vínculo fuerte de la relación con los vecinos, porque siempre estaba proponiendo y planificando diferentes actividades. Incluso tiene un mensaje de voz de ella en su teléfono que escucha todos los días, proponiendo que todos vayan juntos a una fiesta ese fin de semana.

Lisa le dice al Sr. Smith que sus signos vitales son muy buenos. El profesor Leonard sugiere a Lisa que puede ser sufferrado de un cambio en su proceso de duelo, y sugiere que intenten algunos ajustes para ver si eso puede afectar al Sr. Smith's sentimientos de descanso y paz consigo mismo. Primero, recomienda que hablen con el Sr. Smith y luego con el director de servicios ambientales para inscribirlo en un grupo de apoyo para el duelo y comenzar a asesorar al personal de salud mental.ffen el hogar de ancianos, para que pueda expresar su proceso de duelo. También le dice que el Sr. Smith debe ser evaluado por el desarrollo de depresión clínica. Finalmente, sugiere hablar con el Sr. Smith sobre volver a conectarse con sus amigos del vecindario, en persona, y con el director de vida del residente para averiguar cómo podría visitar a sus amigos, o hacer que vengan a la instalación para ver a su nuevo. apartamento para involucrar lentamente al Sr. Smith en su nueva comunidad.

Lisa se sorprende de que el profesor Leonard haya identificado casi de inmediato un problema potencial con el Sr. Smith. El profesor Leonard dibuja a Lisa's atención al diagnóstico de enfermería, duelo desadaptativo (00301), y se da cuenta de que los datos de su evaluación son características definitorias y factores relacionados con este diagnóstico. Lisa'El profesor habla con ella sobre el proceso de duelo y las cosas que pueden afectarlo, como el apoyo social inadecuado (Sr. Smith's movimiento reciente; falta de conexión con su hija y amigos). Rápidamente consideró este diagnóstico de enfermería porque comprendió el proceso normal de duelo e identificó los factores que contribuyen a una alteración en este patrón normal. Además, identificó probables factores etiológicos (relacionados). Lisa, como estudiante de enfermería, aún no tenía el conocimiento conceptual del cual basarse; para ella, este diagnóstico no parecía obvio.

Ésta es la razón por la que es tan importante estudiar los conceptos que subyacen a los diagnósticos. No podemos entender a un individuo's patrones habituales de respuesta humana sin recurrir al conocimiento conceptual a lo largo del proceso de enfermería.

7.3 El proceso de enfermería

Sin una evaluación de enfermería completa, no puede haber un diagnóstico de enfermería centrado en el paciente, ni podemos identificar intervenciones de enfermería independientes basadas en la evidencia, centradas en el paciente. La evaluación no debe realizarse para completar los espacios en blanco en un formulario o pantalla de computadora. Si esta forma de evaluación de memoria le suena familiar, ¡es hora de revisar de nuevo el propósito de la evaluación!

Evaluar. Las enfermeras participan en la evaluación para llegar a conocer a la persona y su experiencias, identificar con precisión las preocupaciones de los pacientes e implementar intervenciones de enfermería con el propósito de lograr resultados óptimos de atención al paciente. Como disciplina, la enfermería ha desarrollado conocimientos que comprenden la ciencia de la enfermería. El diagnóstico de enfermería, que es un juicio clínico, es el resultado de una evaluación de enfermería que describe las condiciones de salud / procesos de vida, o una susceptibilidad a esa respuesta. Ese diagnóstico proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los cuales la enfermera tiene responsabilidad: el enfoque aquí es "respuesta humana".

La evaluación de las respuestas humanas dentro de un marco de evaluación de enfermería es una forma de identificar los fenómenos de preocupación centrados en la enfermera y abordar los problemas dentro del alcance de la práctica profesional de la enfermería. Los seres humanos son complejos y dinámicos y responderán de manera única a la misma situación. Las respuestas humanas están influenciadas por muchos factores, incluida la genética, la fisiología, las condiciones de salud y las experiencias con enfermedades / lesiones. Estas respuestas también están influenciadas por el paciente's edad, cultura, etnia, religión / creencias espirituales, economía, género y experiencias familiares.

Un marco integral de evaluación de enfermería proporciona a una persona's respuesta única a la enfermedad, la salud o el bienestar para compartir con otros. Los diagnósticos de enfermería proporcionan términos estandarizados para describir las respuestas humanas, con definiciones claras y criterios de evaluación que representan el conocimiento de enfermería.

Las enfermeras ven la evaluación como una oportunidad para interactuar con un paciente, en un proceso en el que los datos se comparten, se transforman en información y se organizan en categorías significativas de contenido de enfermería, también conocidas como diagnósticos de enfermería. La evaluación brinda una oportunidad importante para las enfermeras' conocimientos y contribuciones a la atención del paciente.

Relación enfermera-paciente. La relación entre la enfermera y el paciente es fundamental para la práctica óptima de la enfermería (Roy & Jones, 2007,

Watson, Smith, 2019). Dentro de esta relación, la enfermera llega a conocer al individuo como una persona completa y a ver la enfermedad como parte de la salud (MacLeod, 2011; Smith, 2011, Jones, 2013). Dossey y Keegan (2013, p. 17) describen la relación

entre la enfermera / el paciente / la familia / la comunidad como uno de los "autoconciencia, experiencias de salud y enfermedad del paciente, y desarrollo y mantenimiento de una relación afectiva yffcomunicación efectiva".

El conocimiento, la experiencia, las habilidades y los valores de enfermería contribuyen a establecer la confianza y a conectarse con una persona de manera significativa. Dentro del entorno de la práctica, el entorno de atención permite a la enfermera llegar a conocer a la persona a través de la relación. Estar con los pacientes y sus familias requiere presencia, conciencia, escuchar con atención y observar. Estas respuestas ayudan a actualizar el papel profesional de la enfermera en la entrega de costos efferencia al paciente eficaz, de alta calidad, segura y basada en el conocimiento (Jones, 2013).

La participación de la enfermera y el paciente es una experiencia de cuidado mutuo (Newman, 2008). Lleva a la enfermería más allá de la práctica (centrándose en tareas que ayudan a administrar la atención) a comprender la experiencia del paciente de manera integral, identificando áreas de interés mutuas y brindando información para ayudar a la persona a participar en cambios y tomar acciones que pueden ser transformadoras (Newman , 2008; Jones, 2013).

Presencia auténtica intencional. La presencia intencional requiere una "auténtico diálogo, compromiso, compromiso pleno y apertura, atención fluida y unidad trascendente"(Smith, 2011). Cuando las enfermeras están presentes con una persona, están comprometidas con el momento y son conscientes de su entorno.

La presencia auténtica de la enfermera en una experiencia de cuidado del paciente promueve el compromiso y mejora la relación (Newman, 2008; Newman, Smith, Pharris y Jones, 2008). La experiencia puede ser transformadora tanto para la enfermera como para el paciente. La presencia es una cuestión de conciencia y se refleja en los seres holísticos que son enfermeros y pacientes (Chase, 2011).

La presencia intencional permite a la enfermera experimentar expresiones y respuestas verbales y no verbales a una situación, en el momento. Explorar las experiencias de los pacientes ayuda a descubrir lo que es significativo para el individuo, fomenta la reflexión, aumenta la conciencia sobre las elecciones, acciones y comportamientos que mejoran la salud y proporciona conocimientos que pueden conducir al descubrimiento, el cambio y la transformación personal (Jones, 2013, 2006; Newman , 2008; Jones y Flanagan, 2007; Doona, Chase y Haggerty, 1999).

Cuando la enfermera puede crear un espacio seguro, el paciente puede sentirse libre de revelar sus preocupaciones y expresar libremente sus miedos (Jones, 2013). A medida que la enfermera y el paciente se involucran en el proceso de evaluación, el paciente puede experimentar nuevos conocimientos y

percepciones (Newman, 2008) y reconocer nuevas oportunidades para realizar cambios personales en su vida y participar en acciones de promoción de la salud.

Según Willis et al., "el significado es un humano's llegado a la comprensión de las experiencias de la vida y su significado que proviene del procesamiento de esas experiencias" (2008, pág. E34).

Conociendo a la persona. "Conocer al paciente abarca los procesos complejos mediante los cuales la enfermera adquiere la comprensión de un paciente específico como un individuo único, lo que mejora la toma de decisiones clínicas." (Whittemore, 2000, pág. 75). Benner (1984) describe inicialmente a las enfermeras' habilidad para ser consciente de la persona y su entorno, y experimentar una "intuitivo" respuesta para evaluar una situación. A menudo, esto se asocia con una enfermera.'s experiencia clínica. La enfermera puede describir una experiencia como, "yo no sé lo que es, pero solo sé que algo anda mal". Algunos llaman a esto conocimiento intuitivo, cuando la enfermera es capaz de reconocer un conjunto complejo de pistas que llaman la atención sobre un problema o situación potencial, sin que necesariamente pueda nombrar la respuesta.

A medida que las enfermeras adquieren experiencia y observan las respuestas en las poblaciones a lo largo del tiempo, amplían su conocimiento y procesan la información (señales) más rápidamente, ya que reconocen las respuestas como habituales o problemáticas. A medida que las enfermeras atienden a un paciente con el tiempo, pueden volverse cada vez más sensibles a los cambios en el paciente.'s patrón de respuesta. A medida que la enfermera participa en la evaluación, existe un conocimiento acumulativo sobre el paciente.'s patrón de respuestas y es capaz de emitir juicios rápidamente (Gordon, 1994). Es fundamental que las enfermeras se comprometan a obtener datos de evaluación adecuados para validar juicios clínicos o diagnósticos de enfermería en todas las situaciones.

La evaluación de enfermería y la relación enfermera-paciente promueven la satisfacción del paciente y mejoran la visibilidad de la enfermería en la práctica. Watson y Smith (2004) discutieron la importancia de una relación afectiva y la describieron como el sello distintivo de la disciplina. En un estudio realizado por Somerville (2009), los pacientes describieron una sensación de ser conocidos por su enfermera cuando estaban "Reconocido como un ser humano único, se sintió seguro dentro del entorno de atención, experimentó una conexión con la enfermera que percibieron como significativa y se sintió empoderada por la enfermera para participar activamente en su atención." (pág.3). Los datos de este estudio cualitativo inicial informaron el desarrollo de los pacientes' Percepciones de sentimientos conocidos por su escala de enfermeras (PPFKNS, Somerville, 2009). La PPFKNS es una escala válida y confiable de cuatro componentes que se puede utilizar para evaluar las percepciones de los pacientes sobre "ser conocido" por la enfermera.

Evaluación de enfermería: un proceso holístico. "Hay múltiples enfoques que pueden utilizar las enfermeras para comprender a la persona's respuesta a la enfermedad y los comportamientos en los que se involucran para promover un estilo de vida saludable"(Jones, 2013, pág.95). Teorías de enfermería (Newman, 2008; Roy, 2007) offer enfoques únicos

para comprender la experiencia humana, y puede usarse solo o integrado en un marco de evaluación, como la Evaluación del Patrón de Salud Funcional (FHP) (Gordon, 1994). Cada teoría offers un marco dentro del cual los datos que representan al paciente se estudian las experiencias. La organización de las respuestas de los pacientes dentro del marco de la FHP puede ser una forma de complementar el conocimiento generado por la teoría con el conocimiento adquirido en la práctica de enfermería. Los conocimientos adquiridos pueden ayudar a ampliar la ciencia de la enfermería.

Enfoques de evaluación y recopilación de datos. El proceso / diálogo y la resolución de problemas son dos enfoques que pueden ayudar a la enfermera a conocer al paciente's experiencia. Estos enfoques offer diferentes formas de acceder a los datos y analizarlos, y las intervenciones y los resultados varían en estructura y descripción. Ambos están diseñados para comprender cómo la vida experimenta unffactan la vida e impactan en la salud y el bienestar.

Evaluar como un proceso de diálogo. La evaluación, como proceso, ocurre dentro del contexto de un diálogo o discusión. Este enfoque de evaluación es inductivo y se centra en "la naturaleza de una relación que es transformadora tanto para la enfermera como para el paciente" (Newman et al., 2008). La recopilación de datos es menos sistemática y el contenido evoluciona a través de discusiones intencionadas dentro de la relación enfermera-paciente. La enfermera puede comenzar la conversación con una pregunta abierta, como: "¿Puedes decirme cómo fue tu día para ti?"

Como la enfermera está presente en el momento y escucha atentamente, el paciente's historia de s se desarrolla. Cuando sea necesario, la enfermera puede hacer preguntas para buscar información adicional para descubrir nueva información o buscar aclaraciones. Eventos y personas que forman parte del individuo's experiencias ayudan a dar sentido a los acontecimientos y las respuestas de la vida. La interacción implica una interacción mutua entre la enfermera y el paciente. Los datos significativos discutidos dentro del diálogo ayudan a informar un patrón de desarrollo del todo (Flanagan, 2009; Newman, 2008). Margaret Newman's El marco teórico dentro de la Salud como conciencia en expansión (HEC) es un ejemplo de evaluación de un proceso. El objetivo del enfoque de proceso / diálogo es "captar el significado" y llegar a conocer el patrón del todo. La reflexión y la discusión promueven una mayor conciencia, reflexión y oportunidades de cambio (Newman, 2008).

Evaluar como resolución de problemas. La resolución de problemas es un razonamiento deductivo proceso que implica un enfoque sistemático para la recopilación de datos. Aunque algunos podrían considerar el proceso lineal, otros argumentan que a medida que se dispone de nuevos datos, se

revisan los juicios clínicos y se reevalúan los diagnósticos (Gordon, 1994).
La perspectiva de la evaluación de resolución de problemas ve a los humanos

como seres holísticos y biopsicosociales que interactúan (funcionan) dentro del medio ambiente y son moldeados por la edad, la etapa de desarrollo, el estado de salud, la cultura y la etnia (Jones, 2007).

El enfoque de resolución de problemas para evaluar incorpora datos subjetivos y objetivos para informar la evaluación y la posterior identificación del problema. La denominación del problema (diagnóstico de enfermería) y la identificación de la causa probable (factores relacionados) dirigen las intervenciones diseñadas para eliminar o aliviar el problema originario y reducir el riesgo. La evaluación de patrones de salud funcional es un ejemplo de un enfoque de evaluación de resolución de problemas.

Datos subjetivos y objetivos. Las enfermeras recopilan y documentan dos tipos de datos relacionados con la experiencia del paciente: datos subjetivos y objetivos. Mientras que los médicos valoran los datos objetivos sobre los subjetivos para los diagnósticos médicos, las enfermeras valoran ambos tipos de datos para los diagnósticos de enfermería (Gordon, 2008). Las enfermeras recopilan estos datos subjetivos a través del proceso de evaluación o la entrevista.

Los datos subjetivos son información obtenida de los pacientes.'informes verbales sobre sus percepciones, pensamientos y experiencias relacionadas con su salud, vida diaria, comodidad, relación, etc. Por ejemplo, un paciente puede informar,"Necesito manejar mejor mi salud", o "Mi pareja nunca me habla de nada importante."

Los familiares / amigos cercanos también pueden proporcionar este tipo de datos, aunque los datos del paciente deben obtenerse de la persona (familia, comunidad) siempre que sea posible, porque es el paciente.'s datos. A veces, sin embargo, el paciente no puede proporcionar datos subjetivos, por lo que debemos confiar en estas otras fuentes. Por ejemplo, un paciente con demencia significativa que ya no es verbalmente competente puede requerir que los miembros de la familia proporcionen información subjetiva, basada en su conocimiento del individuo.'s comportamiento. Un ejemplo podría ser un hijo adulto del paciente que le dice a la enfermera:"Siempre le gusta escuchar música suave cuando come, parece calmarla."

Los datos objetivos son información que las enfermeras observan sobre el paciente. Estos datos a veces se denominan evidencia empírica o medible. Los datos objetivos se obtienen mediante exámenes físicos y resultados de pruebas de diagnóstico. Aquí,"para observar"no solo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos y formas de medición. Por ejemplo, las enfermeras miran al paciente'En general, escuche los sonidos de sus pulmones, pueden oler el drenaje de la herida fétido y sentir la temperatura de la piel al tacto. Además, las enfermeras utilizan varios instrumentos y herramientas con el paciente para recopilar datos numéricos (p. Ej., Peso corporal, presión arterial, saturación de oxígeno, nivel de dolor).

Para recopilar datos objetivos confiables y precisos, las enfermeras deben tener

conocimientos y habilidades para realizar evaluaciones físicas y utilizar herramientas estandarizadas o dispositivos de monitoreo.

Resolución de problemas y evaluación de enfermería. Hasta la fecha, la enfermería carece de un enfoque estandarizado de evaluación. Existen múltiples formularios de evaluación creados por enfermeras para recopilar datos pero, a diferencia de la revisión de sistemas en medicina, las enfermeras utilizan una variedad de estrategias para obtener información del paciente. En algunos entornos, las enfermeras utilizan un enfoque de la cabeza a los pies, otras utilizan una lista de verificación de evaluación, mientras que algunas enfermeras desarrollan formas de evaluación enfocadas (por ejemplo, evaluación del dolor o el riesgo de caídas).

Estas herramientas proporcionan datos, pero a menudo la información está incompleta y se centra en la experiencia de la enfermedad al hablar del paciente.'s queja principal o preocupación (es) de salud que presenta. Estos enfoques también carecen de un enfoque holístico para comprender las respuestas del paciente a la salud y la enfermedad dentro de la relación enfermera-paciente. Dentro de un enfoque de evaluación de resolución de problemas, Gordon's once patrones funcionales de salud (Gordon, 1994) ofrecen un enfoque organizado y dirigido por enfermeras para comprender a la persona's respuesta a la enfermedad y promoción de la salud.

Marco de evaluación de patrones de salud funcional. Notas de Gordon (1994) que una evaluación estructurada ayuda a la enfermera a enfocar, organizar y sintetizar datos clínicos subjetivos y objetivos. La evaluación del Patrón de salud funcional (FHP) proporciona a las enfermeras un enfoque estandarizado y holístico de la atención que es útil para la recopilación de datos subjetivos y objetivos en contextos clínicos, culturas, poblaciones, edades y condiciones de salud. Los datos se recopilan dentro de un marco de enfermería y son utilizados por la enfermera dentro de la experiencia de atención enfermera-paciente para desarrollar problemas del paciente (hipótesis tentativas), probar y validar juicios clínicos / diagnósticos de enfermería. El objetivo de la evaluación es determinar un individuo's percepción de la salud funcional óptima, determinada mediante la evaluación de los once FHP (Gordon, 2008, 1994).

La evaluación de FHP describe las fortalezas y funciones del cliente, el manejo del estilo de vida y el estado de salud general para cada patrón. ► Cuadro 7.1 muestra el FHP y algunas preguntas potenciales que podrían explorarse en cada patrón. Los fenómenos de preocupación identificados por la enfermera ayudan a orientar los cuidados y a aumentar la visibilidad de la enfermería's contribución a los resultados del paciente.

Durante la evaluación, los datos obtenidos dentro de cada patrón crean una historia que incorpora información sobre el paciente.'s salud, incluida su respuesta a enfermedades agudas y crónicas. Cuando las enfermeras involucran al individuo en una


Tabla 7.1 Patrones de salud funcional (FHP) y preguntas de muestra

Patrón	Ejemplos de preguntas
Percepción de salud - Salud	-En general, ¿cómo calificaría su salud y por qué?
Patrón de gestión	-¿Cuál es el significado de la salud para tu vida? -¿Está satisfecho con su salud actual?
Patrón nutricional-metabólico	-¿Qué hace habitualmente para mantener su salud? -Describa su patrón habitual de alimentación y alimentos y líquidos. ingesta diaria? -¿Haces 3 comidas al día? -¿Tienes acceso a una alimentación adecuada? -¿Piensa durante el día?
Patrón de eliminación	-¿Comes cuando estás estresado? discutir -¿Con qué frecuencia orina durante un período de 24 horas? -¿Te despiertas habitualmente durante la noche para orinar? Describa su patrón intestinal normal (habitual). -¿Toma laxantes con regularidad?
Patrón de actividad de ejercicio	-Describa sus actividades diarias habituales. -¿Haces ejercicio con regularidad cada semana? Describir. -¿Cómo te sientes después de hacer ejercicio? -¿Cómo es para ti subir un tramo de escaleras?
Patrón de sueño-descanso	-¿Cuántas horas duermes cada noche? -¿Te despiertas por la noche para ir al baño? -¿Te sientes descansado cuando te despiertas? -¿Tienes suficiente energía para realizar tu rutina diaria? ¿ocupaciones? -¿Duermes la siesta? Describir.
Cognitivo-Perceptual Patrón	-¿Como aprendes mejor? -¿Siente dolor con regularidad? -¿Cómo manejas tu dolor?
Patrón de relación de roles	-¿Quién es tu mayor apoyo? -¿Está satisfecho con sus relaciones actuales? -Describa las funciones y responsabilidades actuales dentro de su ¿familia? ¿Familia extendida? -¿Está satisfecho con su trabajo actual?
Autopercepción - Auto-Concepto	-¿Qué te hace sentir bien contigo mismo? -¿Está satisfecho con lo que ha logrado? Están ¿Hay cosas que le gustaría hacer en el futuro? -¿Cuáles describirías como tus puntos fuertes? -¿Hay cosas que te gustaría cambiar de tí?
Patrón de tolerancia al estrés	- ¿Cómo describiría su nivel actual de estrés? -¿Hay cosas en tu vida que describirías como estresantes? Discutir. -¿Cómo manejas las situaciones estresantes? -¿El estrés interfiere con sus relaciones / trabajo?

Tabla 7.1 (continuación)

Patrón	Ejemplos de preguntas
Sexual-reproductivo	-¿Te sientes cómoda con tu sexualidad? Discutir.
Patrón	-¿Eres sexualmente activo? - ¿Estás involucrado en una relación? - ¿Tiene hijos?
Patrón de creencias en valores	- ¿Qué es lo que más valoras en la vida? -¿Qué le da sentido a tu vida? -¿Es la salud un valor para la vida? ¿Qué haces para mantenerte saludable? -¿Qué esperas lograr en tu vida?

En la evaluación FHP, utilizan preguntas y ramificaciones intencionadas (o preguntas ampliadas) para obtener una imagen en desarrollo de la salud funcional. A medida que se recopilan y consideran los datos, la información obtenida proporciona un's percepciones de la función, junto con datos objetivos (medibles) sobre su salud. Cuando se completa la evaluación, la enfermera sintetiza la información de los once patrones y se identifican los riesgos, problemas y fortalezas (Jones, 2013).

Por lo tanto, es esencial evaluar los once patrones de salud antes de emitir un juicio clínico sobre la información que se analiza.  Cuadro 7.1 se puede utilizar para capturar datos críticos sobre la persona's respuestas habituales, así como cambios dentro de los patrones. Además, es importante recordar que todos los datos de evaluación dentro de cada patrón están abiertos a revisión. Cuando los datos cambian, se requiere una resíntesis de los datos y una reevaluación de los diagnósticos de enfermería originales identificados.

Tipos de formatos de evaluación dentro de FHP. Hay varios tipos de datos formatos de recopilación dentro del marco de evaluación de FHP. Estos incluyen evaluaciones parciales, de detección y en profundidad. Una evaluación parcial se refiere a los datos recopilados dentro de varios patrones en un momento dado. Por ejemplo, la enfermera puede recopilar datos sobre el patrón metabólico nutricional o la actividad / ejercicio de un paciente con obesidad. Una vez más, mientras se recopilan los datos de evaluación sobre un patrón, es fundamental que no se finalice ningún juicio clínico hasta que se obtengan los datos de los once patrones.

Una evaluación de detección puede ser similar a una evaluación parcial, pero también puede contener información limitada de los once patrones funcionales. Un formulario de recopilación de datos puede requerir la inclusión de signos vitales, por ejemplo. La enfermera obtiene e ingresa esos datos en el formulario de evaluación. El formulario requiere que se recopile información sobre el paciente's varios sistemas fisiológicos,

y la enfermera completa todos los espacios en blanco del formulario que se ocupan de este sistema (ritmo cardíaco, presencia de soplo, pulsos de pedal, ruidos pulmonares, ruidos intestinales, etc.), junto con los datos básicos psicosociales y espirituales. Hasta una base de datos más completa que involucre al paciente. Si la historia está incluida en la evaluación, la información necesaria para confirmar el diagnóstico de enfermería puede no ser suficiente. (Jones y Lunney et al., 2011; Lunney, 2009).

Una evaluación completa implica una evaluación completa de todos los patrones de salud. El proceso suele tardar entre 30 minutos y una hora en completarse. La enfermera genera una serie de preguntas iniciales, y luego preguntas de seguimiento, para explorar las percepciones del paciente de cada patrón (Herdman y Kamitsuru, 2018; Gordon, 2004, 1994; Jones y Lepley, 1986). Una evaluación completa de los once patrones de salud puede ayudar a la enfermera a determinar si se están produciendo otras respuestas humanas que sean motivo de preocupación, indiquen riesgos o sugieran oportunidades de promoción de la salud. Una evaluación completa es fundamental para la síntesis de datos, la identificación de un diagnóstico de enfermería y la identificación de la etiología o los factores precipitantes de estas áreas de preocupación que pueden guiar las intervenciones y promover el logro del resultado deseado para el paciente.

Instrumentos utilizados para medir FHP. Una reciente revisión integradora de la literatura tuvo como objetivo identificar los datos esenciales de los pacientes utilizados por las enfermeras en la investigación, la educación y la práctica clínica, con el fin de actualizar una herramienta de detección de evaluación de enfermería integral estandarizada. Teniendo en cuenta el gran número de publicaciones que abordan diffeEn las diferentes herramientas de evaluación, la búsqueda se redujo a las herramientas basadas en el FHP o en los elementos del conjunto mínimo de datos (MDS). Esta estrategia de búsqueda recordó 384 manuscritos en tres bases de datos, de los cuales 14 se incluyeron en la muestra final. De estos, se identificaron 11 ítems o herramientas validados para la evaluación de enfermería.

Ocho estudios seleccionados se centraron en el funcionamiento fisiológico y psicosocial. Ranegger, Hackl y Ammenwerth (2014) identificaron que la demografía del paciente, la condición médica, los problemas (evaluación y diagnóstico de enfermería, evaluación de riesgos), los resultados de enfermería, las intervenciones de enfermería, la intensidad de la enfermería y los datos institucionales de atención de la salud deben ser elementos de la MDS de enfermería austriaca. Shimanouchi, Uchida, Kamei, Sasaki y Shinoda (2001) encontraron que el perfeccionamiento del formulario de evaluación para la atención domiciliaria, que incluía información sobre la familia, el cuidador, la situación de vida y la atención de enfermería, acortaba significativamente el

tiempo de documentación y ayudaba con la identificación. de cliente's necesidades.

Tres herramientas utilizaron el marco FHP para evaluar a pacientes con cáncer de cabeza y cuello y adultos mayores, y para usar en entornos clínicos y docentes. Todas las herramientas tenían alguna modificación de los FHP, ya sea con adiciones, eliminaciones, cambios

nombres o combinación de dos FHP juntos. Beyea & Matzo (1989) y Fernández-Sola, Granero-Molina, Mollinedo-Mallea, Gonzales, Aguilera-Manrique & Ponce (2012) no integraron la evaluación física en la evaluación de la FHP, por lo que agregaron un apartado de exploración física a sus herramientas. En la herramienta desarrollada por Rodrigues, Cunha, Aquino, Rocha, Mendes, Firmeza, et al. (2018) Actividad / Ejercicio y Sueño / Descanso se integraron en un patrón, llamado Actividad / Descanso, se agregó una sección de Seguridad / protección y se cambió el nombre de otro FHP.

Herramientas estandarizadas desarrolladas dentro de Gordon's Los FHP están disponibles en la literatura (Rodríguez, Cunha, et al., 2018, Zega, D'Agostino, 2014, Jones, Barrett, et al., 1997). En particular, la herramienta de detección de la evaluación de patrones de salud funcional (FHPAST) es una herramienta completa, confiable y válida destinada a la detección de pacientes' FHP (Jones y Foster, 1999).

La herramienta de detección de evaluación de patrones de salud funcional (FHPAST).

Las herramientas de evaluación de detección se utilizan a menudo en respuesta a desafíos con el tiempo y la disponibilidad del paciente (Jones, 2013). Cada elemento se presenta en una oración declarativa, basada en las definiciones de FHP y la literatura relevante. La herramienta original se ha adaptado a lo largo de los años, sobre la base de una investigación adicional, que dio como resultado que la herramienta actual tenga 57 elementos que son representativos de los 11 FHP (Jones, Foster, Flanagan & Duffy, 2012; Beyea y Matzo, 1989). Las revisiones actuales están en curso.

El FHPAST es útil en la práctica clínica para mapear problemas o riesgos de salud e informar a los pacientes' respuestas a enfermedades o cambios en el estado de salud a lo largo del tiempo. Además, proporciona a los médicos e investigadores información sobre los pacientes.' preparación para la salud, describe la capacidad de respuesta a las intervenciones de enfermería y proporciona datos sobre los resultados de los pacientes (Jones, Foster, Flanagan & Duffy, 2012).

Las respuestas a las preguntas de detección las completa el paciente o alguien designado por el paciente (por ejemplo, un miembro de la familia o una enfermera). En la práctica, la enfermera puede revisar los datos del FHPAST antes de ver al paciente, aislar los problemas o riesgos del paciente, buscar información adicional y realizar una exploración de patrones durante una evaluación más completa. El FHPAST puede servir como guía para la evaluación de enfermería, ya que permite a la enfermera responder a el paciente se preocupa rápidamente y proporciona información sobre su estado de salud cambiante o ayuda a identificar los riesgos de las fortalezas.

Traducción y FHPAST. A lo largo de los años, el FHPAST se ha traducido a muchos idiomas. Para permitir que los médicos e investigadores utilicen el FHPAST en otras culturas, se requiere la traducción, adaptación cultural y validación en una muestra representativa de esa cultura. Por ejemplo, Barros,

Michel y Nobrega (2003) validaron la versión de 58 ítems del FHPAST en Brasil. Aunque la herramienta traducida al portugués tenía una excelente confiabilidad, los autores mencionaron que se necesitaba una mayor adaptación del idioma para que el FHPAST fuera sensible a la cultura brasileña. Se está revisando una herramienta más reciente y se ha revisado para una mayor validación de la versión brasileña revisada por FHPAST (FHPAST-VBR).

7.4 Referencias

- Barros ALBL, Michel JLM, Nóbrega MML. Traducción, utilización y propiedades psicométricas de la herramienta de cribado de evaluación funcional de la salud con pacientes en Brasil. *Revista Internacional de Terminologías y Clasificaciones de Enfermería* 2002; 14:17.
- Banning M. Razonamiento clínico y su aplicación a la enfermería: conceptos e investigación estudios. *Educación de enfermería en la práctica* 2008; 8 (3): 177-183.
- Beyea S, Matzo M. Evaluación de ancianos utilizando el modelo de evaluación de patrones de salud funcional. *Nurse Educator* 1989; 14 (5): 32-37.
- Capovilla FC, Capovilla AGS, Macedo EC. Analisando as rotas lexical e perilexical na leitura em voz alta: efeitos da lexicalidade, familiaridade, extensão, regularidade, estrutura silábica e complexidade grafêmica do item e de escolaridade do leitor sobre o tempo de reação, duração e segmentação na pronúncia. En: Pasquali L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Chase S. Respuesta al concepto de presencia de enfermería. *Investigación académica sobre el estado de la ciencia para la práctica de enfermería: una revista internacional* 2001; 15: 323-327.
- Chase SK. *Juicio clínico y comunicación en la práctica de enfermería*. Filadelfia, PA: FA Davis, 2004.
- Doona ME, Chase SK, Haggerty LA. Presencia de enfermería: Tan real como una vía láctea, bar. *Revista de enfermería holística* 1999; 17 (1): 54-70.
- Dossey BM, Keegan L. *Enfermería holística: un manual para la práctica*. 6ª ed. Burlington, MA: Jones y Bartlett Learning, 2013.
- Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Mollinedo-Mallea J, de Gonzales MHP, Aguilera-Manrique G, Ponce, ML. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46 (6): 1415-1422. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600019>.
- Flanagan J. Experiencias de pacientes y enfermeras de la atención basada en la teoría. *Ciencias de la enfermería, trimestre de 2009*; 22 (2): 160-172.
- Gordon M. *Diagnóstico de enfermería: proceso y aplicación*. Nueva York, NY: McGraw-Hill, 1982.
- Gordon M. *Diagnóstico de enfermería: proceso y aplicación*. 3rd ed. San Luis: Mosby, 1994.
- Gordon M. *Evaluar Notas: Evaluación de enfermería y razonamiento diagnóstico*. Filadelfia, PA: FA Davis, 2008.
- Gordon M. *Manual de diagnóstico de enfermería*. Filadelfia, PA: FA Davis, 2010.
- Herdman TH. *Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional*. [Manejo de casos utilizando diagnósticos de enfermería de NANDA International].

XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México: 2013 (español).
Ives Erickson J, Jones D, Ditomassi M. Fomento de la atención dirigida por enfermeras junto a la cama. India-Napolis, Indiana: Sigma Theta Tau International, 2013.

- Jones D, Baker B, Lepley M. Evaluación de la salud a lo largo de la vida. Nueva York, NY: McGraw Hill, 1984.
- Jones D, Lepley M. Manual de evaluación de la salud. Nueva York, NY: McGraw-Hill, 1986. Jones D, Barrett F. Desarrollo y prueba de una evaluación de patrones de salud funcional
herramienta de visualización. En: Rantz M, LeMone P. Clasificación de diagnósticos de enfermería: procedimiento
ings de la duodécima conferencia. Glendale, CA: CINAHL Information Systems, 1997. Jones D, Foster F. Más desarrollo y pruebas de una herramienta de evaluación y detección de patrones de salud funcional. En: Rantz M, LeMone P. Clasificación de los diagnósticos de enfermería: Actas de la decimotercera conferencia, Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería. Celebrando el 25 aniversario de NANDA. Glendale, CA: Sistemas de información CINAHL, 1999.
- Jones D. La salud como conciencia en expansión. *Nursing Science Quarterly* 2006; 19 (4): 330-332.
- Jones D. Una síntesis de perspectivas filosóficas para el desarrollo del conocimiento. En: Roy C, Jones DA (eds.). *Desarrollo del conocimiento en enfermería y práctica clínica*. Nueva York, NY: Springer Publishing, 2007, p. 163-176.
- Jones D, Editorial Flanagan J. Invitado. *Revista Internacional de Terminologías y Clasificaciones de Enfermería* 2007; Invierno-febrero / marzo.
- Jones D, Lunney M, Keegan G, Moorhead S. Lenguajes de enfermería estandarizados: Esencial para la fuerza laboral de enfermería. En: Debisette A, Vessey J (eds.). *Revisión anual de la investigación en enfermería, Volumen 28: Problemas de la fuerza laboral de enfermería*. Nueva York, NY: Springer, 2010, p. 253-294.
- Jones D, Duffy ME, Flanagan J, Foster F. Evaluación psicométrica de la herramienta de evaluación y detección de patrones de salud funcional (FHPAST). *Int J Nurs Terminol Knowledge* 2012; 23: 140-145. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01224.x>
- Jones D. Relación enfermera-paciente: práctica transformadora del conocimiento junto a la cama, en: Ives Erickson J, Jones DA, Ditomassi M (eds.). *Fomento de la atención dirigida por enfermeras junto a la cama*. Indianápolis, Indiana: Sigma Theta Tau International, 2013, Capítulo 5, p. 55-121.
- Lunney M. Pensamiento crítico para lograr resultados de salud positivos: estudios de casos de enfermería
y análisis. 2^a Dakota del Norte ed. Ames, LA.: Wiley Blackwell, 2009.
- Koharchik L, Caputi L, Robb M, Culleiton AL. Fomento del razonamiento clínico en enfermería: ¿Cómo pueden los instructores en entornos de práctica impartir esta habilidad esencial? *Revista Estadounidense de Enfermería* 2015; 115 (1): 58-61.
- MacLeod C. Entender las experiencias de salud de los cuidadores conyugales como conciencia expansiva. *Avances en Ciencias de la Enfermería* 2011; 24 (3): 245-255.
- Newman MA. La salud como conciencia en expansión. 2^a Dakota del Norte ed. Sudbury, MA: NLN Press, 1994.
- Newman MA. Presencia transformadora: la diferencia que hace la enfermería. Sudbury, MA: Jones y Bartlett, 2008.
- Newman MA, Smith M, Pharris M, Jones D. Se revisó el enfoque de la disciplina. *Advances in Nursing Science* 2008; 31 (1): E16-27.
- Picard C, Jones D. Dando voz a lo que sabemos: Margaret Newman's teoría de la salud como conciencia expansiva en la práctica, la educación y la investigación de la enfermería. Sudbury, MA: Jones y Bartlett, 2005.

Ranegger R, Hackl WO, Ammenwerth E. Una propuesta para un conjunto de datos de enfermería mínima de Austria (NMDS): Un estudio de Delphi. *Informática Clínica Aplicada* 2014; 5 (2): 538-547. <http://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0027>.

- Rodrigues AB, Cunha GH, Aquino CBQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA, et al. Cáncer de cabeza y cuello: validación de un instrumento de recolección de datos. *Rev Bras Enferm* 2018; 71: 1899-1906. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0227>.
- Roy C, Jones DA. Desarrollo del conocimiento en enfermería y práctica clínica. Nueva York, NY: Springer, 2007.
- Shimanouchi S, Uchida E, Kamei T, Sasaki A, Shinoda M. Desarrollo de una hoja de evaluación para la atención domiciliaria. *Revista Internacional de Práctica de Enfermería* 2001; 7 (3): 140- 145.
- Simmons, B. Razonamiento clínico: análisis de conceptos. *Revista de Enfermería Avanzada* 2009; 66 (5): 1151-1158.
- Smith M. Revisión integradora de la investigación relacionada con Margaret Newman's teoría de la salud como conciencia en expansión. *Avances en Ciencias de la Enfermería* 2011; 24 (3): 256-272.
- Somerville J. Desarrollo y pruebas psicométricas del paciente.'s percepción del sentimiento conocido por su escala enfermera. *Revista Internacional de Cuidado Humano* 2009; 13 (4): 38-43.
- Tanner C. Pensar como una enfermera: un modelo de juicio clínico basado en la investigación en enfermería
En g. *Revista de Educación en Enfermería* 2006; 45 (6): 204-211.
- Walker LO, Avant KC. Estrategias de construcción teórica en enfermería. 6thed. Nueva York, NY: Pearson, Prentice Hall, 2019.
- Watson J. Ciencia del cuidado unitario: la filosofía de la praxis en enfermería. Louisville, CO: Prensa de Colorado, 2018.
- Willis DG, Grace PJ, Roy C. Un enfoque unificador central para la disciplina: facilitar la humanización, el significado, la elección, la calidad de vida y la curación en la vida y la muerte. *Advances in Nursing Science* 2008; 31 (1): E28-40.
- Young AM, Kidston S, Banks MD, Mudge AM, Isenring EA. Herramientas de detección de la desnutrición: comparación con dos métodos validados de evaluación de la nutrición en pacientes médicos mayores hospitalizados. *Nutrición* 2013; 29 (1): 101-106.
- Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, et al. Desarrollo y validación de un formulario de evaluación informatizado. *Int J Nurs Terminol Knowledge* 2014; 25: 22-29. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.1200>.

8 Aplicación clínica: análisis de datos para determinar el diagnóstico de enfermería adecuado

T. Heather Herdman, Dorothy A. Jones, Camila Takáo Lopes

8.1 Agrupación de información / Ver un patrón

En el capítulo anterior, discutimos la recopilación de datos objetivos y subjetivos. Una vez que la enfermera ha recopilado los datos y los ha transformado en información, el siguiente paso es comenzar a responder la pregunta: ¿cuáles son mis pacientes?'s respuestas humanas? Esto requiere el conocimiento sustantivo de una variedad de teorías y modelos de enfermería, así como de varias disciplinas relacionadas. Y, como se señaló anteriormente, requiere conocimiento sobre los conceptos que subyacen a los propios diagnósticos de enfermería.

En otras palabras, ¡las técnicas de evaluación no tienen sentido si no sabemos cómo utilizar los datos que recopilamos! La Figura X proporciona un ejemplo de cómo los datos objetivos y subjetivos se pueden convertir en información mediante la aplicación de conocimientos de enfermería para un estudio de caso de la Sra. H, una mujer de 36 años con una HbA1c de 9.0% y una úlcera exudativa en el región maleolar medial. Si la enfermera que evaluó a la Sra. H no conocía el nivel normal de glucosa en sangre, no habría podido interpretar que el paciente's HbA1c como anormal. Si no entendía las teorías relacionadas con la integridad de los tejidos, el dolor y el control del nivel de glucosa en sangre, es posible que no identificara otras susceptibilidades o respuestas a problemas que presenta esta mujer.

8.2 Identificación de posibles diagnósticos de enfermería (hipótesis diagnósticas)

En este punto de la toma de decisiones o del proceso de resolución de problemas, la enfermera observa la información que se está juntando para formar un patrón; le proporciona una forma de ver qué respuestas humanas puede estar experimentando el paciente. Inicialmente, la enfermera considera todos los posibles diagnósticos que se le puedan ocurrir. En la enfermera experta, esto puede suceder en segundos.- para las enfermeras principiantes o estudiantes, puede necesitar el apoyo de enfermeras más expertas o miembros de la facultad para guiar su pensamiento.

Ver patrones en los datos requiere comprender el concepto que respalda cada diagnóstico. Por ejemplo, es posible que se encuentre brindando atención al Sr. K, quien ha estado hospitalizado durante 14 días debido a una úlcera de tobillo

infectada, que se volvió séptica. El Sr. K solía vivir con su hija y cuidadora principal, Janine, su yerno, Don, y sus dos nietos (de 3 y 6 años).


Janine y Don habían acordado separarse dos meses antes. Mientras manejaba los arreglos de divorcio, Janine comenzó a buscar trabajo y a entrevistar a los candidatos para servir como cuidadores del Sr. K, cuando se le infectó la herida del tobillo y tuvo que ser trasladado al hospital con molestias respiratorias.

Se espera que el Sr. K sea dado de alta la semana siguiente. Durante las horas de visita, Janine está claramente cansada y admite que no ha podido dormir mucho porque aún no ha podido encontrar un trabajo y no quiere colocar al Sr.K en un asilo de ancianos, pero está temeroso de que ella no sea capaz de ser un cuidador.

A lo largo de su conversación con Janine, observa que parece frustrada y nerviosa, y con frecuencia se refiere a no estar segura de si ha estado haciendo lo correcto por el Sr. K y sus hijos. Está segura de que su descuido durante el proceso de divorcio provocó que su padre tuviera la infección. Claramente está muy preocupada por su padre, pero también menciona que su hija menor casi había sido atropellada por un automóvil el día anterior, porque se quedó dormida. Mientras la veía jugar y casi la extrañé corriendo hacia la calle.

¿Qué te dice todo esto? A menos que tenga una buena comprensión de la dinámica familiar, el estrés, el afrontamiento, la tensión de roles y las teorías del duelo, ¿es posible que no le diga mucho! Quizás sepa que el Sr. K tiene una infección grave. Pero, ¿sabría concentrarse también en la familia y buscar una causa (factores relacionados) u otros datos (características definitorias) para determinar un diagnóstico preciso de Janine?

Aunque es posible que le asignen al Sr.K, si no't atento a lo que está sucediendo en la familia, ¿realmente está atendiendo al Sr.K's necesidades? Tal situación puede llevar a que la enfermera se concentre simplemente en el paciente registrado, en lugar de considerar a la familia y su impacto en los resultados del paciente. O, si la enfermera se dio cuenta de la necesidad de abordar lo que está sucediendo con Janine, pero no tenía un buen conocimiento básico de las teorías mencionadas anteriormente, podría simplemente "elegir un diagnóstico" de una lista para describir su respuesta. El conocimiento conceptual de cada diagnóstico de enfermería permite a la enfermera asignar significados precisos a los datos recopilados del paciente y la prepara para realizar la evaluación en profundidad.

Quando tenga este tipo de conocimiento conceptual, comenzará a mirar los datos que recopile en un modo diferente. Transformará esos datos en información y comenzará a observar cómo esa información comienza a agruparse para formar patrones o "pintar un cuadro" de lo que podría estar pasando con su paciente. Echa otro vistazo a  Figura 8.1. Con conocimientos de enfermería conceptual sobre el nivel de glucosa en sangre, la integridad de los tejidos, las teorías del dolor y el manejo del dolor,

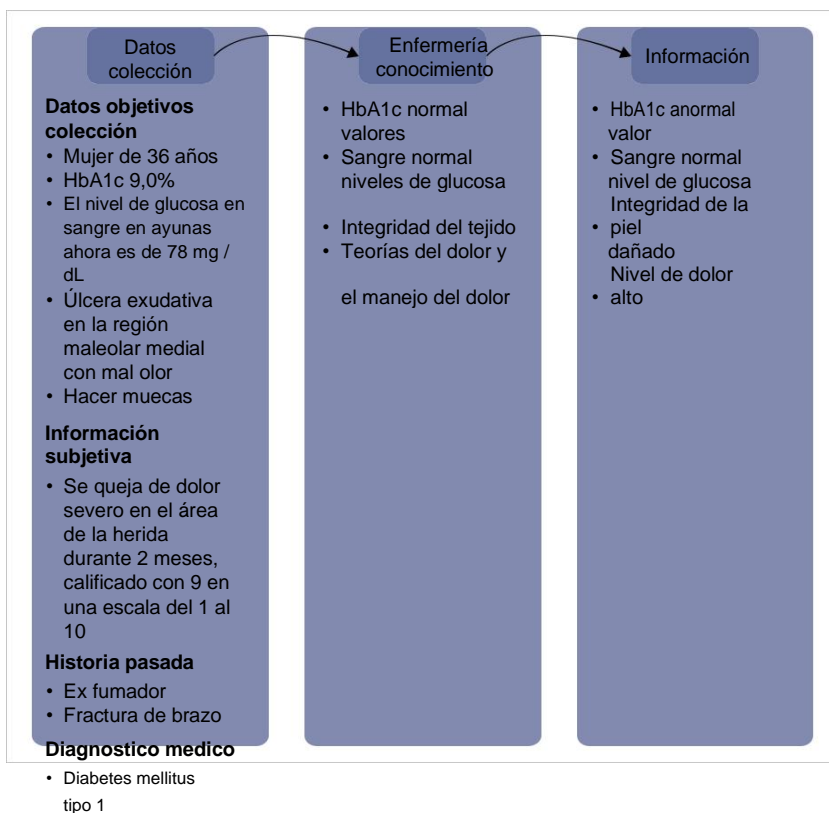


Fig. 8.1 El caso de la Sra. H: convertir datos en información

Es posible que comience a ver la información como posibles diagnósticos tentativos de enfermería, tales como:


- Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable (00179)
- Integridad tisular deteriorada (00044)
- Dolor agudo (00132)

Sin embargo, no basta con limitarse a "seleccionar / elegir / elegir" una etiqueta de diagnóstico. Desafortunadamente, este paso es a menudo donde las enfermeras se detienen- Desarrollan una lista de diagnósticos y se lanzan directamente a la acción (determinando las intervenciones) o simplemente "elegir" uno de los diagnósticos de enfermería que suena más apropiado para un paciente's condición médica, basándose en lo que creen que representa la etiqueta de diagnóstico de enfermería, y luego pasar a la selección de intervenciones para esos diagnósticos. Otros pueden determinar que desean obtener un determinado resultado y simplemente orientar las intervenciones a ese resultado. Estos no son métodos apropiados para el diagnóstico y pueden conducir a malos resultados en los pacientes.

La determinación de un diagnóstico de enfermería requiere sintetizar toda la información disponible para determinar cuál podría ser el problema real, con base en datos objetivos y subjetivos (características definitorias), y qué cree que puede estar causando la respuesta (factores relacionados), con el fin de planificar las mejores intervenciones y lograr el resultado deseado. A menos que conozcamos el problema y su causa (etiología), las intervenciones seleccionadas pueden ser completamente inapropiadas para este paciente en particular. Para que los diagnósticos sean precisos, deben estar validados.- y que requiere una evaluación adicional en profundidad basada en datos únicos de cada paciente para confirmar o refutar, o "descartar", la posibilidad de un diagnóstico. Solo cuando utilizamos los conocimientos de enfermería y reflexionamos sobre el paciente'Como manifestación de su respuesta a la experiencia de salud / enfermedad, se puede generar un diagnóstico de enfermería: esta es la esencia del diagnóstico de la respuesta de un individuo, cuidador, grupo o comunidad.

8.3 Refinando el diagnóstico

A medida que revisa la información de su evaluación, es importante determinar si las respuestas (probabilidades) son respuestas normales, anormales (o respuestas inusuales), representan un riesgo (susceptibilidad) o una fortaleza. Aquellos elementos que no se consideran normales, o que se consideraron susceptibles, deben considerarse en relación con un diagnóstico centrado en el problema o en el riesgo. Las áreas en las que el paciente indica un deseo de mejorar algo (por ejemplo, mejorar la nutrición) deben considerarse como un posible diagnóstico de promoción de la salud.

Si algunos datos se interpretan como anormales, una evaluación más profunda es crucial para diagnosticar con precisión al paciente. Es importante recordar que si uno simplemente recopila datos para completar un formulario requerido, sin considerar la importancia de los datos, esto puede llevar a que se pasen por alto datos críticos. Echa otro vistazo a  Figura 8.1 que se relaciona con nuestro primer caso en este capítulo: Sra. H. La enfermera podría haber detenido su evaluación aquí y simplemente pasar a los diagnósticos de riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable, integridad tisular deteriorada, dolor agudo. Pudo haber administrado analgésicos, aplicado un apósito, proporcionado educación sobre cómo administrar la insulina correctamente, cómo aplicar los apósitos y cómo tomar los analgésicos en casa, por ejemplo. Sin embargo, si bien todas esas cosas podrían ser apropiadas, se habría olvidado de identificar algunos problemas importantes que probablemente sean importantes y que, si no se abordan, conducirán a problemas continuos con la Sra. H's estado.

Sra. H'La enfermera, sin embargo, entendió la necesidad de una evaluación en profundidad y, por lo tanto, pudo identificar su reciente matrimonio, áreas

potenciales de preocupación en sus procesos familiares, relaciones e identidad personal (▶ Figura 8.2). Él

• S r ayuda necesaria.
u
m
a
d
r
e
l
l
a
m
a
a
d
i
a
i
o
y
o
f
r
e
c
e
c
u
a
l
q
u
i
e

profundidad

- Se volvió a casar hace 5 meses, se mudó a la casa del esposo con sus 2 hijos (10 y 12 años)
- El esposo no está de acuerdo con que los niños coman mientras ven la televisión o se quedan despiertos hasta tarde
- A los niños les gustaba el marido, pero ahora se niegan a hablar con él, excepto para ofenderlo.
- Discute con el esposo todos los días sobre la respuesta a los problemas de comportamiento.
- No estoy seguro de cómo manejar los desacuerdos; el esposo ha sido comprensivo y comprensivo a pesar de las discusiones
- Se siente tenso todo el tiempo
- No puedo concentrarme en el trabajo y tuve varias discusiones con colegas, lo que nunca antes había sucedido.
- Ya no puedo reconocerse a sí misma, se siente extraña
- Dejó de hacer ejercicio hace 2 meses
- Hospitalizado dos veces en los últimos 5 meses debido a cetoacidosis diabética
- No quiere estar fuera de control en su vida y salud.
- Quiere mejorar la respuesta a la situación y comunicarse mejor con la familia para que la relación vuelva a la normalidad

potenciales

Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable (00179)
Integridad tisular deteriorada (00044)
Dolor agudo (00132)

u

- Valor anormal de HbA1c
- Nivel normal de glucosa en sangre
- Integridad tisular deteriorada Nivel de dolor alto

enfermería

- Valor normal de HbA1c
- Niveles normales de glucosa en sangre
- Integridad del tejido
- Teorías del dolor y manejo del dolor.

s

78 mg / dL

Datos objetivos

- Mujer de 36 años
- HbA1c 9,0%
- Nivel de glucosa en sangre en ayunas ahora

• Úlcera exudativa en el medial región maleolar con mal olor

Información subjetiva

- Se queja de dolor severo en el área de la herida durante 2 meses, calificado con 9 en una escala del 1 al 10
- Olvidó tomar su insulina dos veces el mes pasado
- Olvida medir su nivel de glucosa en sangre con frecuencia
- Cree que un cambio de apósito a la semana es adecuado

Historia

- Diabetes mellitus tipo 1

**Procesos familiares
interrumpidos (00060)**

Memoria deteriorada (00131)

**Preparación para mejorar
resiliencia (00212)**

Riesgo
de nivel
de
glucosa
en
sangre
inestabl
e
(00179)

Integridad del
tejido
deteriorada
(código)

Dolor agudo
(00132)

**Sindro
me de
estrés
por
reubic
ación
(00114
)**

**Identid
ad
person
al
pertur
bada
(00121
)**

**Procesos
familiares
disfuncio
nales
(00063)**

**Relación
ineficaz
(00223)**

Se enteró de que la Sra. H tenía problemas consistentes con una nueva situación estresante en la vida (nuevo matrimonio reciente, mudarse con su esposo's casa, conflictos familiares, cambio en el patrón de ejercicio, olvido de inyectarse la insulina, discusiones en el trabajo). Sin embargo, también identificó que la Sra. H tenía una fortaleza importante en el apoyo que recibió de su madre y su deseo verbalizado de mejorar la forma en que estaba respondiendo a esta situación: todas estas son cosas muy importantes para incorporar en cualquier plan de atención. ! Entonces, con esta evaluación adicional en profundidad, la enfermera ahora podría revisar sus posibles diagnósticos:

- Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable (00179)
- Integridad tisular deteriorada (00044)
- Dolor agudo (00132)
- Síndrome de estrés por reubicación (00114)
- Identidad personal perturbada (00121)
- Procesos familiares disfuncionales (00063)
- Inefrelación efectiva (00223)
- Procesos familiares interrumpidos (00060)
- Memoria deteriorada (00131)
- Preparación para una mayor resiliencia (00212)

8.4 Confirmación / refutación de posibles diagnósticos de enfermería

Siempre que se recopilan nuevos datos y se procesan en información, es hora de reconsiderar nuestras hipótesis de diagnóstico. Durante este período, hay tres cosas principales a considerar:

- ¿La evaluación en profundidad proporcionó nuevos datos que descartarían o eliminarían uno o más de sus posibles diagnósticos?
- ¿La evaluación en profundidad apuntó hacia nuevos diagnósticos que no había considerado previamente?
- ¿Cómo puedes diffrdiferenciar entre diagnósticos similares?

Es fundamental que otras enfermeras sigan validando el diagnóstico y comprendan cómo llegó a su diagnóstico. Es por ello que es importante utilizar términos estandarizados, como los diagnósticos de enfermería NANDA-I, que proporcionan no solo una etiqueta (p. Ej., Procesos familiares disfuncionales, Código 00063), sino también una definición y criterios de evaluación (definir características y factores relacionados, o factores de riesgo) para que otros profesionales de enfermería puedan continuar validando- o tal vez refutar - el diagnóstico a medida que se disponga de nuevos datos para el paciente.

La enfermera puede crear un término, como ineficaz comunicación familiar efectiva, para abordar los problemas que identificó al escuchar a la Sra. H hablar sobre su comunicación con su nuevo esposo y cómo sus hijos y él se relacionan entre sí. Pero, ¿qué significa este diagnóstico? ¿Cómo se define y cómo podrían otras enfermeras reconocer el diagnóstico cuando completaran sus evaluaciones? Los términos que las enfermeras simplemente construyen junto a la cama, sin definiciones validadas y, lo que es más importante, criterios de evaluación, no tienen un significado coherente y no pueden validarse ni confirmarse clínicamente. Cuando no existe un diagnóstico de enfermería NANDA-I que se ajuste a un patrón que usted identifica en un paciente, es más seguro describir la condición en detalle que "inventar" un término que tendrá diferentes significados para diferentes enfermeras. Si le pidiera a diez enfermeras que definieran "creado" diagnóstico de ineficaz comunicación familiar efectiva, y para identificar las características definitorias y los factores relacionados, es muy posible que tenga diez definiciones diferentes y una larga lista de posibles indicadores de diagnóstico. Esto no es útil ni seguro cuando consideramos la salud y el bienestar de los pacientes a los que brindamos atención.

8.5 Eliminación de posibles diagnósticos

Uno de los objetivos de la evaluación en profundidad es eliminar, o "descartar", uno o más de los posibles diagnósticos que estaba considerando. Para ello, sintetiza la información que ha obtenido y la compara con lo que sabe sobre los diagnósticos. Es fundamental que los datos de la evaluación respalden cada diagnóstico. Los diagnósticos que no están bien respaldados por los criterios de evaluación proporcionados por NANDA-I (características definitorias, factores relacionados / de riesgo) y / o que no están respaldados por factores etiológicos (causas o contribuyentes al diagnóstico) no son apropiados para un paciente. Es importante recordar que las enfermeras deben poder abordar de forma independiente los factores relacionados (o de riesgo). En otras palabras, los diagnósticos médicos o los tratamientos ordenados por un médico no son factores relacionados (o de riesgo), aunque pueden ser afecciones asociadas. Si la enfermera no puede resolver o disminuir de forma independiente la efecto de un factor etiológico, entonces no es un factor relacionado (o de riesgo).



Mientras miramos  Figura 8.2 y considere los posibles diagnósticos que la Sra. H. Si la enfermera lo identifica, podemos comenzar a eliminar algunos de estos como diagnósticos válidos. A veces es útil hacer una comparación de lado a lado de los diagnósticos, centrándose en las características definitorias y los factores relacionados que se identificaron a lo largo de la evaluación y el historial del paciente. En  Tabla 8.1).

Tabla 8.1 El caso de la Sra. H: comparando diagnósticos en el mismo dominio

Diagnóstico	Procesos familiares disfuncionales	Relación ineficaz	Procesos familiares interrumpidos
Dominio	7. Relación de funciones	7. Relación de funciones	7. Relación de funciones
Clase	2. Relaciones familiares	3. Desempeño de funciones	2. Relaciones familiares
Definición	Funcionamiento familiar que no apoya la bienestar de sus miembros.	Un patrón de asociación mutua que es insuficientes para satisfacer las necesidades de los demás.	Romper la continuidad de las funciones familiares que no apoya al bienestar siendo de sus miembros
Definir características	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón de comunicación contradictorio - Escalada de conflicto -Dificultad para adaptarse al cambio -Abuso verbal de niños - Reporta tensión 	<ul style="list-style-type: none"> -Equilibrio inadecuado en la colaboración entre socios - Insatisfacción con complementarios relación entre socios - Comunicación insatisfactoria con pareja 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de alianza de poder - Cambio ritual -Cambios en el patrón de relaciones -Cambios en la participación para la decisión- haciendo - Patrón de comunicación alterado -Resolución de conflictos familiares alterados
Factores relacionados / de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de afrontamiento inadecuadas Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Habilidades de comunicación inadecuadas. - Estrés excesivo 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para lidiar con el cambio en la familia roles

Por ejemplo, la Sra. H. El enfermero elimina rápidamente de consideración los diagnósticos, el síndrome de estrés por reubicación y la memoria deteriorada. Si bien la señora H sí indica que se siente tensa todo el tiempo, la enfermera considera que esto está más relacionado con su identidad personal, procesos familiares y relación, que con una alteración tras el paso de un entorno a otro, o una persistencia. incapacidad para recordar algo.

8.6 Posibles nuevos diagnósticos

Es muy posible, como en el caso de la Sra. H (▣ Figura 8.2) que los nuevos datos conducirán a nueva información y, a su vez, a nuevos diagnósticos. Deben utilizarse las mismas preguntas que utilizó para eliminar posibles diagnósticos al considerar estos diagnósticos.

8.7 Diferenciación de diagnósticos similares

Es útil reducir sus diagnósticos potenciales considerando aquellos que son muy similares, pero que tienen una característica distintiva que hace que uno sea más relevante para el paciente que el otro. Dejar's echemos otro vistazo a nuestra paciente, la Sra. H. Después de la evaluación en profundidad, la enfermera tenía 11 posibles diagnósticos; Se eliminaron dos diagnósticos, dejando 9 diagnósticos potenciales. Una forma de iniciar el proceso de diferenciación consiste en observar dónde se ubican los diagnósticos dentro de la taxonomía NANDA-I. Esto le da una pista sobre cómo se agrupan los diagnósticos en el área amplia del conocimiento de enfermería (dominio) y las subcategorías, o grupo de diagnósticos con atributos similares (clase).

Después de eliminar dos diagnósticos, su enfermera está considerando: tres diagnósticos en el dominio de relación de roles (procesos familiares disfuncionales, inefectiva relación efectiva y procesos familiares interrumpidos), dos diagnósticos en el dominio de afrontamiento / tolerancia al estrés (ineflectiva afrontamiento eficaz y preparación para una mayor resiliencia); uno en el dominio de nutrición (riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable), uno en el dominio de autopercepción (identidad personal alterada) y uno en el dominio de seguridad / protección (integridad tisular deteriorada), y uno en el dominio de comodidad (dolor agudo). La enfermera se da cuenta de que los procesos familiares disfuncionales, ineflectiva relación efectiva, los procesos familiares interrumpidos y la identidad personal alterada se agrupan en el síndrome de identidad familiar alterada (00283).

Al revisar la información del paciente a la luz de diagnósticos de enfermería similares, considere las siguientes preguntas:

- ¿Los diagnósticos comparten un enfoque similar, o es different?
- Si los diagnósticos comparten un enfoque similar, ¿hay uno más enfocado / específico que el otro?

- ¿Un diagnóstico conduce potencialmente a otro que he identificado? Ese es, ¿podría ser el factor causante de ese otro diagnóstico?

Mientras la enfermera considera lo que sabe sobre la Sra. H, puede ver las respuestas que identificó como posibles diagnósticos a la luz de estas preguntas. La Sra. H claramente tiene una lesión relacionada con la diabetes (deterioro de la integridad del tejido), parece que su susceptibilidad a una variación en los niveles séricos de glucosa del rango normal (riesgo de nivel inestable de glucosa en sangre) es en realidad una consecuencia de su estrés excesivo debido al síndrome de identidad familiar perturbada. Por lo tanto, aunque la enfermera está preocupada por su dolor y necesitará tratar su lesión, cree que la mejor manera de abordar estos problemas a largo plazo es abordar el síndrome de identidad familiar perturbada, que él cree que es la causa subyacente de su salud actual. estado.

Después de hablar con la Sra. H, parece que usar el diagnóstico de promoción de la salud, preparación para una mayor resiliencia, la ayudará mejor a establecer metas en torno a la gestión del nivel de glucosa en sangre y la identidad familiar, al tiempo que refuerza su capacidad para recuperar el control sobre su vida y mejorando su resiliencia.

La enfermera reconoce que ha expresado su deseo de mejorar su resiliencia y siente que trabajar con ella en este tema desde una perspectiva de promoción de la salud (preparación para una mayor resiliencia) podría ser más positivo para ella. Esto, junto con la creencia mencionada anteriormente de que el establecimiento de metas podría usarse dentro de este diagnóstico para abordar el riesgo de un nivel de glucosa en sangre inestable, hace que este diagnóstico sea más apropiado para la Sra. H. Siente que es imperativo reconocer su identidad familiar y trabajar con ella en esta respuesta.

Por último, es importante controlar el dolor agudo que está experimentando la Sra. H. Debido a que uno de los objetivos es hacerla más activa para mejorar los niveles de glucosa en sangre y ayudar con el bienestar general, es importante aumentar su comodidad para que su dolor no le impida aumentar su nivel de actividad.

8.8 Diagnóstico / Priorización

Después de completar su evaluación, identificar patrones de respuesta, generar, perfeccionar y finalizar los diagnósticos de enfermería junto con una etiología, las intervenciones de enfermería se pueden planificar mutuamente con su paciente. Después de revisar todo lo que aprendió sobre su paciente, la Sra. H, la enfermera pudo haber determinado seis diagnósticos clave:

- Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable (00179)
- Integridad tisular deteriorada (00044)

- Dolor agudo (00132)
- Síndrome de identidad familiar perturbada (00283)
- Preparación para una mayor resiliencia (00212)

Recuerde que el proceso de enfermería, que incluye la reevaluación continua del diagnóstico, es un proceso continuo. Esto significa que a medida que se disponga de más datos, o cuando el paciente Si la condición cambia, los diagnósticos también pueden cambiar.

- o la priorización puede cambiar. Piense por un momento en la inicial evaluación de detección que la enfermera realizó a la Sra. H. ¿Ve que, sin más seguimiento, se habría perdido el diagnóstico muy importante del síndrome de identidad familiar perturbada, junto con la oportunidad de promoción de la salud para la Sra. E (preparación para una mayor resiliencia), y podría haber diseñado un plan para abordar problemas que no habrían resuelto sus problemas subyacentes.

¿Puedes ver por qué la idea de solo "cosecha" un diagnóstico de enfermería para acompañar el diagnóstico médico simplemente no es't el camino a seguir? La evaluación continua y en profundidad brindó mucha más información sobre la Sra. H, que se puede utilizar para determinar no solo los diagnósticos apropiados, sino también los resultados e intervenciones realistas que satisfarán mejor sus necesidades individuales.

8.9 Resumen

La evaluación es un papel fundamental de las enfermeras profesionales y requiere un conocimiento disciplinario de las teorías, los conceptos y los focos de interés de la enfermería en la disciplina sobre la que se desarrollan los diagnósticos de enfermería. Recopilar datos solo por completar algún formulario obligatorio o pantalla de computadora es una pérdida de tiempo, y ciertamente no respalda la atención individualizada para nuestros pacientes. Establecer una relación eficaz enfermera-paciente permite a la enfermera llegar a conocer a la persona y sus experiencias con la salud y la enfermedad. Tener un enfoque organizado para una evaluación de enfermería, como Gordon's La evaluación del patrón de salud funcional proporciona a la enfermera un marco de evaluación que puede guiar la recopilación de datos para diagnosticar e identificar los factores causales que responderán a las intervenciones y la evidencia de enfermería.-resultados impulsados. Desarrollar, perfeccionar y priorizar los diagnósticos de enfermería basados en el análisis y la síntesis de datos es el sello distintivo de la enfermería profesional.

La evaluación, seguida de la síntesis de datos, es esencial para el diagnóstico. La selección de diagnósticos de enfermería sin evaluación puede resultar en diagnósticos inexactos, resultados inapropiados e ineficacia. Intervenciones efectivas y / o innecesarias para diagnósticos que

no son relevantes para el paciente.- ¡y puede llevar a perder por completo el juicio clínico más importante sobre su paciente!

8.10 Referencias

- Bellinger G, Casstro D, Mills A. Fecha, información, conocimiento y sabiduría. <http://otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm>.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. (1987). La escala de Braden para predecir el riesgo de úlceras por presión. *Investigación en enfermería* 1987; 36 (4): 205-210.
- Prensa de la Universidad de Cambridge. Diccionario de Cambridge en línea. 2020. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/us/>. Consultado el 29 de agosto de 2020.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Acerca del IMC de adultos. 2015. Consultado:https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/.
- Gordon M. Diagnóstico de enfermería: proceso y aplicación. 3ª ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.
- Gordon M. Evaluar Notas: Evaluación de enfermería y razonamiento diagnóstico. Filadelfia, PA: FA Davis, 2008.
- Herdman TH. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional. [Manejo de casos utilizando diagnósticos de enfermería de NANDA International]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México, 2013. (español).
- Koharchik L, Caputi L, Robb M, Culleiton AL. Fomento del razonamiento clínico en enfermería: ¿Cómo pueden los instructores en entornos de práctica impartir esta habilidad esencial? *Revista Estadounidense de Enfermería* 2015; 115 (1): 58-61.
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Desarrollo y evaluación de una herramienta de evaluación de riesgos basada en evidencia (STRATIFY) para predecir qué pacientes ancianos internados caerán: estudios de casos y controles y de cohortes. *BMJ* 1997; 315: 1049-1053.
- Rencic J. Doce consejos para enseñar experiencia en razonamiento clínico. *Profesor de Medicina* 2011; 33 (11): 887-892.
- Tanner C. Pensar como una enfermera: un modelo de juicio clínico basado en la investigación en enfermería
En g. *Revista de Educación en Enfermería* 2006; 45 (6): 204-211.

9 Introducción a la taxonomía internacional de diagnósticos de enfermería de la NANDA

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru

9.1 Introducción a la taxonomía

NANDA International, Inc. proporciona una terminología estandarizada de diagnósticos de enfermería y presenta sus diagnósticos en un esquema de clasificaciones, más específicamente una taxonomía. Es importante comprender un poco acerca de un taxón-omía y cómo la taxonomía differs de la terminología. Entonces, tomemos un momento para hablar sobre lo que realmente representa la taxonomía.

Una terminología es el conjunto de términos utilizados con una aplicación técnica particular en un tema de estudio, profesión, etc. (English Oxford Living Dictionary Online 2020).

Con respecto a la enfermería, la terminología de diagnóstico de enfermería de NANDA-I incluye los términos definidos (etiquetas) que se utilizan para describir los juicios clínicos realizados por enfermeras profesionales: los propios diagnósticos. Una definición de la taxonomía NANDA-I podría ser "un ordenamiento sistemático de fenómenos / juicios clínicos que definen el conocimiento de la disciplina de enfermería". Dicho de manera más simple, la NANDA-La taxonomía de los diagnósticos de enfermería es un esquema de clasificación que nos ayuda a organizar los conceptos de interés (juicios de enfermería o diagnósticos de enfermería) para la práctica de enfermería. Una clasificación es la disposición de fenómenos relacionados en grupos taxonómicos de acuerdo con sus similitudes observadas; una categoría en la que se incluye algo (English Oxford Living Dictionary Online 2020).


Una taxonomía es la rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación, especialmente de los organismos; sistemática (English Oxford Living Dictionary Online 2020). Una taxonomía se puede comparar con un archivador.-en un cajón (dominio) podrás archivar toda la información que tengas relacionada con tus facturas / deudas. Dentro de ese cajón, puede tener carpetas de archivos individuales (clases) para diferentes tipos de facturas / deudas: hogar, automóvil, atención médica, cuidado de niños, cuidado de animales, etc. Dentro de cada carpeta de archivo (clase), tendría facturas individuales que representan cada tipo de deuda (diagnósticos de enfermería). La taxonomía biológica actual se originó con Carl Linnaeus en 1735. Originalmente identificó tres reinos (animal, vegetal y mineral), que luego se dividieron en clases, órdenes, familias, géneros y especies (Quammen 2007).

Probablemente aprendió sobre la taxonomía biológica revisada en una clase de ciencias básicas en su escuela secundaria o universidad.

La terminología, por otro lado, es el lenguaje que se usa para describir una cosa específica; es el lenguaje utilizado en una disciplina particular para describir su conocimiento. Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería forman un lenguaje específico de la disciplina, por lo que cuando queremos hablar de los diagnósticos en sí, estamos hablando de la terminología del conocimiento de enfermería. Cuando queremos hablar sobre la forma en que estructuramos o categorizamos los diagnósticos NANDA-I, entonces estamos hablando de la taxonomía.

Los sistemas de clasificación en salud denotan conocimientos disciplinarios y demuestran cómo un grupo específico de profesionales percibe cuáles son las áreas de conocimiento significativas de la disciplina. Por lo tanto, un sistema de clasificación en el cuidado de la salud tiene múltiples funciones, que incluyen:

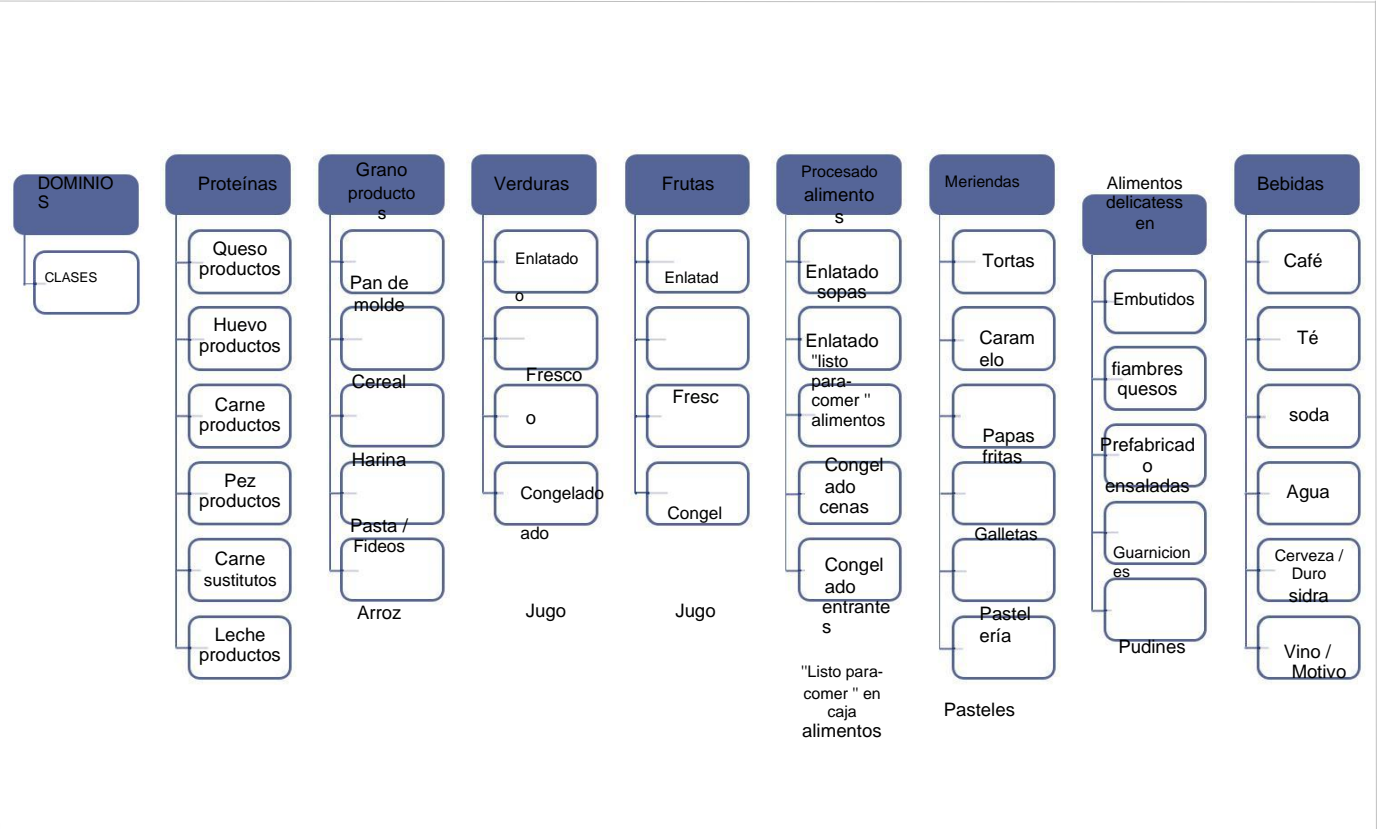
- Proporcionar una visión del área de conocimiento y práctica de una profesión específica.
- organizar los fenómenos de una manera que se refiera a cambios en la salud, procesos, y mecanismos que preocupan al profesional.
- mostrar la conexión lógica entre factores que se pueden controlar o manipulado por profesionales de la disciplina (von Krogh 2011).

Pensemos en la taxonomía en lo que respecta a algo con lo que todos lidiamos en nuestra vida diaria. Cuando necesite comprar comida, vaya al supermercado. Suponga que hay una nueva tienda en su vecindario, Classified Groceries, Inc., por lo que decide ir allí para hacer sus compras. Cuando entras en la tienda, notas que el diseño parece muy diáfano. Diferente de su tienda habitual, pero la persona que lo recibe en la puerta le entrega un diagrama para ayudarlo a aprender a moverse ( Figura 9.1).

Puede ver que esta tienda ha organizado los artículos comestibles en ocho categorías principales o pasillos de las tiendas de comestibles: proteínas, productos de granos, verduras, frutas, alimentos procesados, bocadillos, delicatessen y bebidas. Estas categorías / pasillos también podrían llamarse "dominios"-son amplios niveles de clasificación que dividen los fenómenos en grupos principales. En este caso, los fenómenos representan "comestibles".

También puede haber notado que el diagrama no solo muestra los ocho pasillos; cada pasillo tiene algunas frases clave identificadas que nos ayudan a comprender qué tipos de alimentos se encontrarían en cada pasillo. Por ejemplo, en el pasillo (dominio) titulado "Bebidas", vemos seis subcategorías: "Coffee", "Té", "soda", "Agua", "Cerveza / sidra dura", y "Vino / sake". Otra forma de decir esto sería que estas subcategorías son "Clases" de productos que se encuentran bajo la "Dominio" de bebidas.

Una de las reglas que la gente intenta seguir cuando desarrolla una taxonomía es que las clases deben ser mutuamente excluyentes. - en otras palabras, un tipo de abarotes



.IncGrocerías,
 Clasificados de clases/Dominios 1.9

El producto no debe encontrarse en varias clases. Esto no siempre es posible, pero este debería ser el objetivo, porque lo deja mucho más claro para las personas que desean utilizar la estructura. Si encuentra queso cheddar en el pasillo de las proteínas, pero encuentra queso cheddar para untar en el pasillo de los bocadillos, es difícil para las personas entender el sistema de clasificación que se está utilizando.

Mirando hacia atrás en nuestro diagrama de la tienda, hay información adicional para agregar (► Figura 9.2). Cada uno de los pasillos de comestibles se explica con más detalle, proporcionando un nivel más detallado de información sobre los comestibles que se encuentran en los distintos pasillos. Como ejemplo, ► Figura 9.2 muestra la información detallada proporcionada en el "Bebidas" pasillo. Notarás los seis "clases" junto con detalles adicionales para cada una de esas clases. Estos representan varios tipos (o conceptos) de productos de bebidas, todos los cuales comparten propiedades similares que los agrupan en un solo grupo.

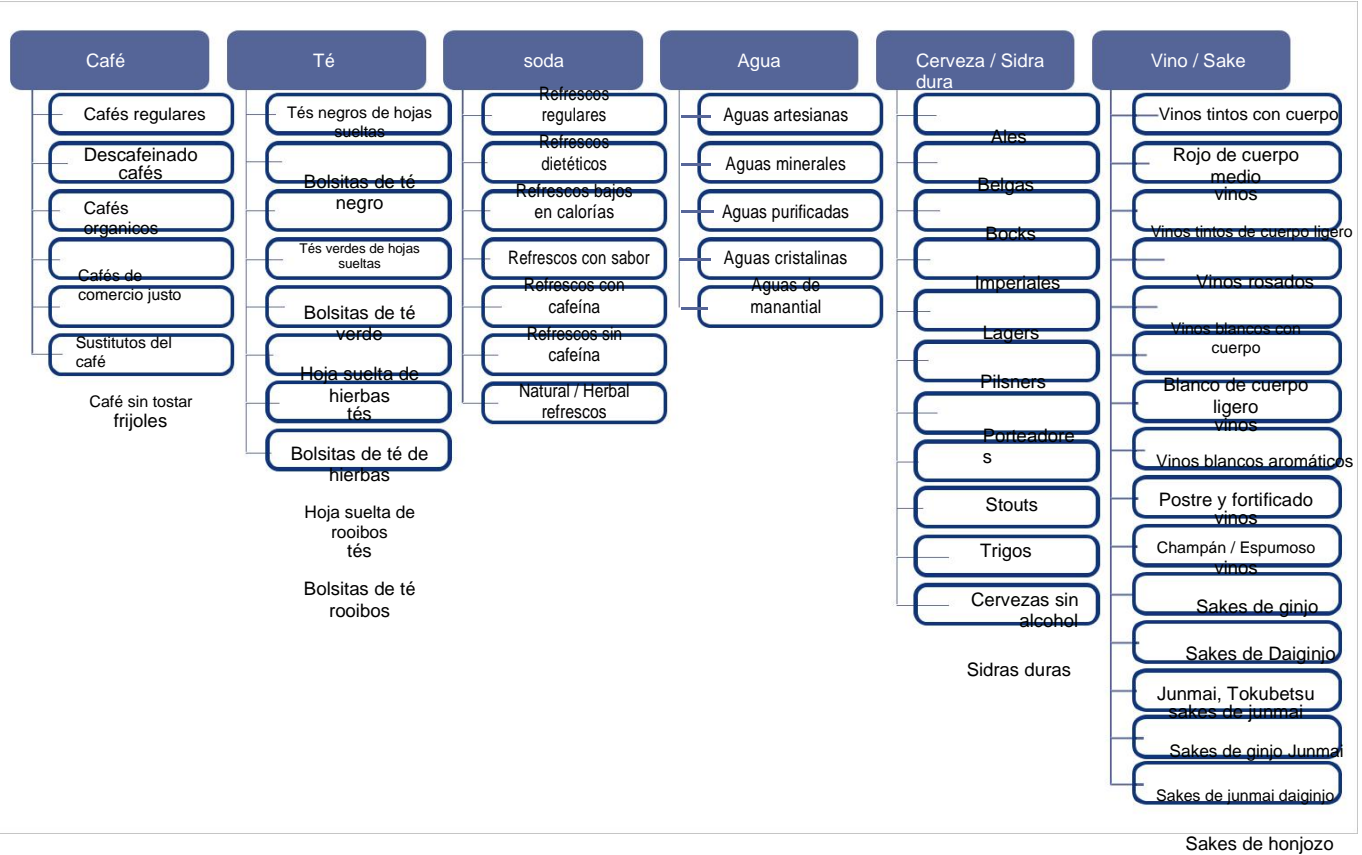
Dada la información que se nos ha proporcionado, podríamos gestionar fácilmente nuestra lista de la compra. Si quisiéramos encontrar un refresco de hierbas, rápidamente podríamos encontrar el pasillo marcado "Bebidas", el estante marcado "Refrescos", y pudimos confirmar que allí se encontrarían refrescos de hierbas. Del mismo modo, si quisiéramos un poco de té verde de hojas sueltas, volveríamos a mirar el pasillo marcado "Bebidas", encuentra el estante marcado "Té", y luego encontraríamos "Verde té de hojas sueltas".

El propósito de esta taxonomía de comestibles es ayudar al comprador a determinar rápidamente qué sección de la tienda contiene los suministros de comestibles que desea comprar. Sin esta información, el comprador tendría que caminar arriba y abajo de cada pasillo y tratar de entender qué productos hay en cada pasillo; Dependiendo del tamaño de la tienda, ¡esto podría ser una experiencia muy frustrante y confusa! Por lo tanto, el diagrama proporcionado por el personal de la tienda proporciona una "mapa conceptual" o una guía para que los compradores comprendan rápidamente cómo se han clasificado los alimentos en ubicaciones dentro de la tienda, con el objetivo de mejorar la experiencia de compra.

A estas alturas, probablemente se esté haciendo una buena idea de la función de desarrollar una taxonomía que refleje los conceptos que está tratando de clasificar de una manera clara, concisa y coherente. Pensando en nuestro ejemplo de tienda de comestibles, ¿se imaginan? ¿De qué formas se pueden agrupar los artículos de la tienda?

Es posible que este ejemplo de una taxonomía de comestibles no cumpla con el objetivo de evitar la superposición entre conceptos y clases de una manera que sea lógica para todos los compradores. Por ejemplo, el jugo de tomate se encuentra en el dominio Verduras (jugos de vegetales), pero no en el dominio Bebidas. Aunque un grupo de personas puede encontrar esta

categorización lógica y clara, otros pueden sugerir que todas las bebidas deben estar juntas. Lo importante es que la distinción



.IncGroceries. Clasificados en bebidas de (conceptos) tipos y Clases 2.9

entre los dominios está bien definido, es decir, todos los vegetales y productos vegetales se encuentran dentro del dominio vegetal, mientras que el dominio de bebidas contiene bebidas que no están basadas en vegetales. El problema con esta distinción podría ser que luego podríamos argumentar que el vino y la sidra dura deberían estar en el pasillo de las frutas, y la cerveza y el sake deberían estar en el pasillo de los granos.


Las taxonomías son trabajos en progreso-continúan creciendo, evolucionando e incluso cambiando drásticamente a medida que se desarrollan más conocimientos sobre el área de estudio. A menudo existe un debate significativo acerca de qué estructura es mejor para clasificar los fenómenos de interés para diferentes disciplinas. Hay muchas formas de categorizar las cosas y, en verdad, no hay "absolutamente correcto" camino. El objetivo es encontrar una forma lógica y coherente de categorizar cosas similares evitando la superposición entre los conceptos y las clases. Para los usuarios de taxonomías, el objetivo es comprender cómo clasifica conceptos similares en sus dominios y clases para identificar rápidamente conceptos específicos según sea necesario.

9.2 Organización del conocimiento de enfermería

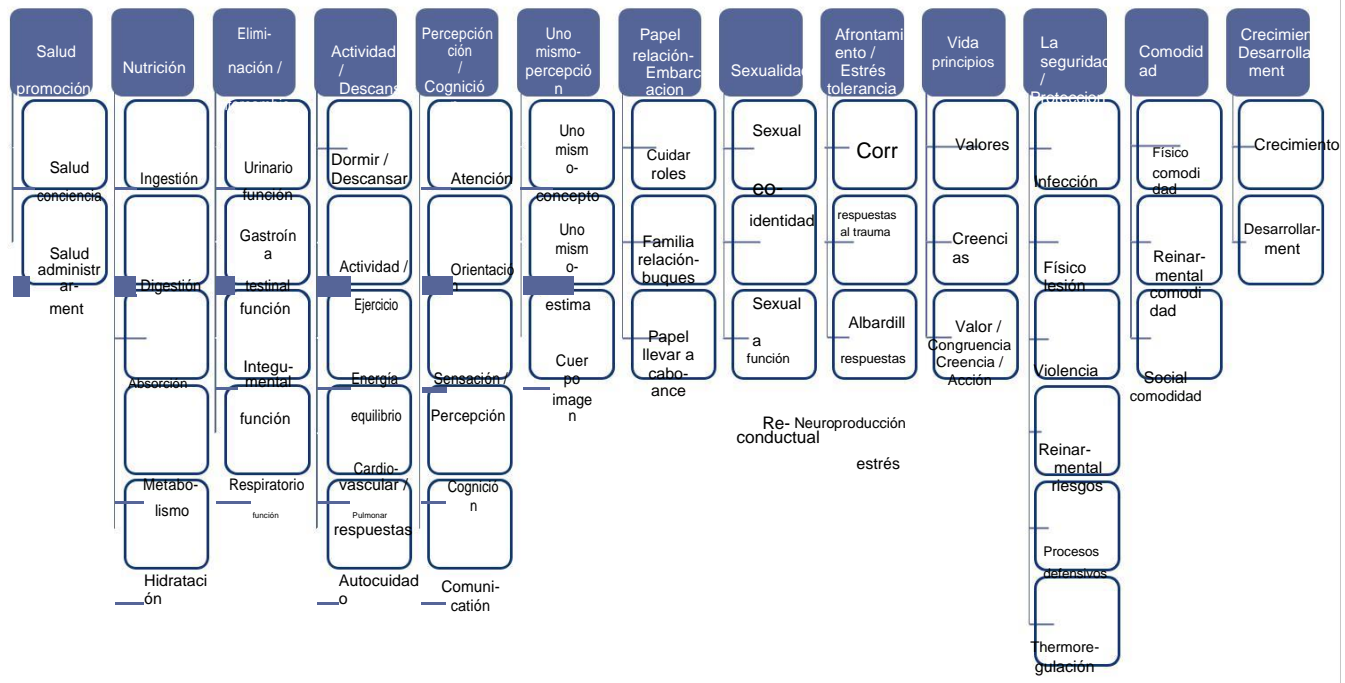
Las profesiones organizan sus conocimientos formales en dimensiones coherentes, lógicas y conceptualizadas para que reflejen el dominio profesional y lo hagan relevante para la práctica clínica. Para los profesionales de la salud, el conocimiento del diagnóstico es una parte importante del conocimiento profesional y es esencial para la práctica clínica. Por lo tanto, el conocimiento de los diagnósticos de enfermería debe organizarse de manera que legitime la práctica profesional de la enfermería y consolide la profesión de enfermería. 's jurisdicción (Abbott 1988).

Dentro de la taxonomía diagnóstica de enfermería NANDA-I, utilizamos un gráfico jerárquico para mostrar nuestros dominios y clases (▢ Figura 9.3). Los diagnósticos en sí mismos no se muestran en este gráfico, aunque podrían estarlo. La razón principal por la que no incluimos los diagnósticos es que hay 267 de ellos, y eso haría que el gráfico fuera muy grande.- ¡y muy difícil de leer!

En enfermería, lo más importante es que los diagnósticos se clasifiquen de una manera que tenga sentido clínicamente, de modo que cuando una enfermera está tratando de identificar un diagnóstico que puede que no vea con mucha frecuencia en la práctica, lógicamente pueda utilizar la taxonomía para encontrar la información adecuada sobre posibles diagnósticos relacionados. Aunque la Taxonomía II de NANDA-I (▢ Figura 9.3) no pretende funcionar como un marco de evaluación de enfermería, sino que proporciona una estructura para clasificar los diagnósticos de enfermería en dominios y clases, cada uno de los cuales está claramente definido.

Para proporcionar un ejemplo de cómo se vería si incluyéramos los diagnósticos de enfermería en la representación gráfica de la taxonomía,  Figura 9.4 muestra

clases y dominios IITaxonomía I-
NANDA3.9



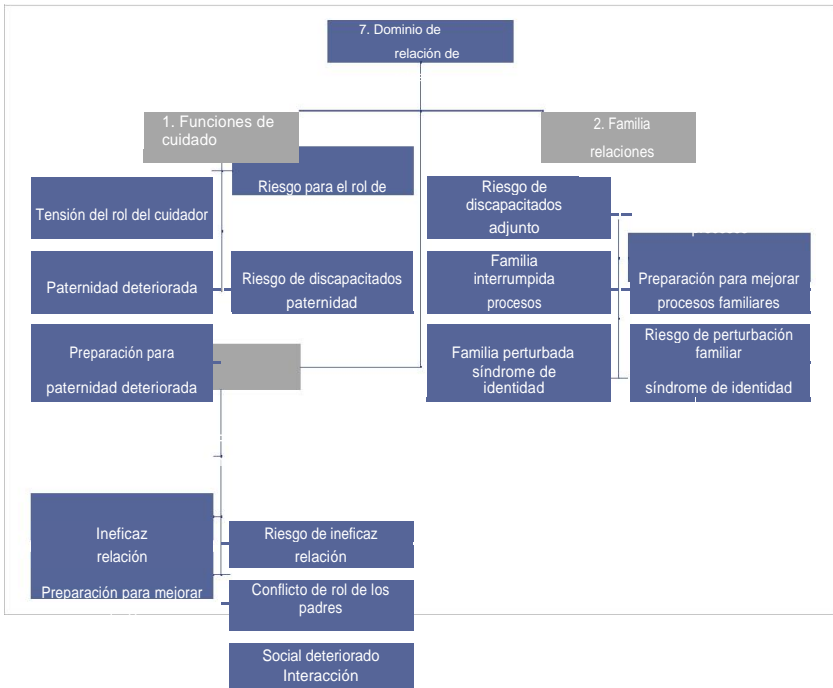


Fig. 9.4 Dominio 7 de NANDA-I, Relación de roles, con clases y diagnósticos de enfermería

un solo dominio con sus clases y diagnósticos de enfermería. Como puede ver, esta es mucha información para representar en forma gráfica.

El conocimiento de enfermería incluye respuestas, riesgos y fortalezas individuales, familiares, grupales y comunitarias. Según von Krogh (2011), la taxonomía NANDA-I está destinada a funcionar de las siguientes formas; debería

- proporcionar un modelo, o mapa cognitivo, del conocimiento de la enfermería disciplina.
- comunicar ese conocimiento y esas perspectivas y teorías.
- proporcionar estructura y orden para ese conocimiento.
- servir como herramienta de apoyo para el razonamiento clínico.
- Proporcionar una forma de organizar los diagnósticos de enfermería dentro de un sistema electrónico de salud. registro.

9.3 Uso de la taxonomía NANDA-I

Aunque la taxonomía proporciona una forma de categorizar los fenómenos de enfermería, también puede cumplir otras funciones. Puede ayudar a los profesores a desarrollar un plan de estudios de enfermería, por ejemplo, y puede ayudar a una enfermera a identificar un diagnóstico, tal vez uno que no

utilice con frecuencia, pero que necesite para un paciente específico.
Analicemos ambas situaciones.

9.3.1 Estructuración de los planes de estudios de enfermería

Aunque la taxonomía de enfermería NANDA-I no pretende ser un marco de evaluación de enfermería, puede apoyar la organización de la educación de pregrado. Por ejemplo, los planes de estudio se pueden desarrollar en torno a los dominios y las clases, lo que permite impartir cursos que se basan en los conceptos básicos de la práctica de enfermería y que se clasifican en cada uno de los dominios de NANDA-I.

Un curso se puede construir en torno al dominio de relación de roles (▣ Figura 9.4) con unidades basadas en cada una de las clases. En la Unidad 1, el enfoque podría estar en los roles de cuidado y el concepto de paternidad se exploraría en profundidad. ¿Qué es? ¿Cómo afecta la salud individual y familiar? ¿Cuáles son algunos de los problemas parentales más comunes que enfrentan nuestros pacientes? ¿En qué tipos de pacientes es más probable que identifiquemos estas afecciones? ¿Cuáles son las etiologías primarias? ¿Cuáles son las consecuencias si estas condiciones no se diagnostican y / o no se tratan? ¿Cómo podemos prevenir, tratar y / o mejorar estas condiciones? ¿Cómo podemos controlar los síntomas?

La construcción de un plan de estudios de enfermería en torno a estos conceptos clave del conocimiento de enfermería permite a los estudiantes comprender verdaderamente y desarrollar su experiencia en el conocimiento de la ciencia de la enfermería, al mismo tiempo que aprenden y comprenden los diagnósticos médicos relacionados y las condiciones que encontrarán en la práctica diaria.

Diseñar cursos de enfermería de esta manera permite a los estudiantes aprender mucho sobre los conocimientos disciplinarios de la enfermería. Apego, procesos familiares, relación, conflicto de roles, desempeño de roles e interacción social son algunos de los conceptos clave del Dominio 7, Relación de roles (▣ Figura 9.4) - ellos son las "estados neutros" que debemos comprender antes de poder identificar problemas potenciales o reales con estas respuestas.

Entender el desempeño de roles, por ejemplo, como un concepto central de la práctica de enfermería, requiere una sólida comprensión de la anatomía, fisiología, fisiopatología (incluidos los diagnósticos médicos relacionados) y respuestas de otros dominios que pueden coincidir con problemas en la nutrición equilibrada. Una vez que comprenda realmente el concepto de nutrición equilibrada (la "normal" o estado neutral), identificar el estado anormal es mucho más fácil porque sabe lo que debería estar viendo si el desempeño del rol fuera efectivo, y si no! Al ver esos datos, comienza a sospechar que podría haber un problema (o puede existir el riesgo de que se desarrolle un problema). Por lo tanto, el desarrollo de cursos de enfermería en torno a estos conceptos básicos permite a los docentes de enfermería enfocarse en el conocimiento de la disciplina de enfermería y luego incorporar diagnósticos médicos relacionados y / o preocupaciones interdisciplinarias de una manera que les permita a las

enfermeras enfocarse primero en los fenómenos de enfermería y luego traer su conocimiento específico a una visión interdisciplinar del paciente para mejorar

atención al paciente. Esto luego pasa al contenido sobre resultados realistas del paciente e intervenciones basadas en evidencia que las enfermeras utilizarán (intervenciones de enfermería dependientes e independientes) para brindar la mejor atención posible para que el paciente logre resultados por los cuales las enfermeras tienen la responsabilidad.

9.3.2 Identificación de diagnósticos de enfermería fuera del área de especialización

Las enfermeras adquieren experiencia en los diagnósticos de enfermería que ven con más frecuencia en su práctica clínica. Si su área de interés es la práctica de enfermería de salud reproductiva, entonces su experiencia puede incluir conceptos clave como función sexual, proceso de maternidad, lactancia materna y crianza de los hijos, ¡solo por nombrar algunos! Pero tratará con pacientes que, a pesar de estar principalmente bajo su cuidado debido a una complicación del embarazo, también tendrán otros problemas que requieren su atención. La taxonomía NANDA-I puede ayudarlo a identificar diagnósticos potenciales para estos pacientes y respaldar sus habilidades de razonamiento clínico al aclarar qué datos de evaluación / indicadores de diagnóstico son necesarios para diagnosticar a sus pacientes de manera rápida pero precisa.

Quizás, al admitir a una paciente de 36 años, la señorita K, con un embarazo de 34 semanas para el tratamiento de la preeclampsia grave, se da cuenta de que está inquieta y tensa. Su paciente le dice que no recibió atención prenatal debido a su expareja's violencia doméstica y acecho; se ha alojado en un refugio con su hija de 3 años durante los últimos tres meses. Sus padres murieron a causa de un gran deslizamiento de tierra cuando ella tenía 12 años y creció en un orfanato. A pesar de no tener parientes o amigos cercanos en quienes confiar para obtener ayuda, la señorita K ha superado muchas dificultades. Su índice de masa corporal (IMC) es 38,6. Tiene hipertensión crónica, pero no ha tomado su medicación antihipertensiva durante un año, porque no ha podido seguir la prescripción. Su presión arterial actual es 168/110. Ella está ansiosa por el posible parto de emergencia.

No ha atendido a muchos pacientes con antecedentes complejos como los que está encontrando ahora con la señorita K. Quiere reflejar sus riesgos y / o problemas, pero no está seguro de qué diagnóstico de enfermería es el más preciso para este paciente en esta situación. Al observar la taxonomía, puede formar rápidamente una "mapa cognitivo" que puede ayudarlo a encontrar más información sobre diagnósticos relevantes para este paciente (► Figura 9.5).

Estás preocupado por la señorita K'La respuesta relacionada con su resiliencia, y una revisión rápida de la taxonomía lo lleva al Dominio 9 (afrontamiento / tolerancia al estrés), Clase 2 (respuestas de afrontamiento). Luego verá que hay tres diagnósticos relacionados específicamente con la

resiliencia, y puede revisar las definiciones y los indicadores de diagnóstico para aclarar el diagnóstico más apropiado para este paciente.

El uso de la taxonomía de esta manera respalda el razonamiento clínico y le ayuda a navegar por un gran volumen de información / conocimiento (¡267 diagnósticos!) En una efectiva y eficiente manera. Una revisión de los factores de riesgo o los factores relacionados y las características definitorias de estos tres diagnósticos pueden: (1) proporcionarle datos adicionales que necesita obtener para tomar una decisión informada y / o (2) permitirle compare su evaluación con esos indicadores de diagnóstico para diagnosticar con precisión a su paciente.

Piense en un paciente reciente -¿Te costó diagnosticar su respuesta humana? ¿Lo encontraste difícil para saber cómo identificar posibles diagnósticos? El uso de la taxonomía puede ayudarlo a identificar posibles diagnósticos debido a la forma en que los diagnósticos se agrupan en clases y dominios que representan áreas específicas de conocimiento. No olvide, sin embargo, que simplemente mirando la etiqueta de diagnóstico y "elegir un diagnóstico" no es un cuidado seguro! Debe revisar la definición y los indicadores de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) para cada uno de los posibles diagnósticos que identifique, lo que lo ayudará a identificar qué datos adicionales debe recopilar o si tiene suficientes datos para diagnosticar con precisión el paciente's respuesta humana.

Revisemos el estudio de caso del Sr. S para comprender cómo podría usar la taxonomía para ayudarlo a identificar posibles diagnósticos.

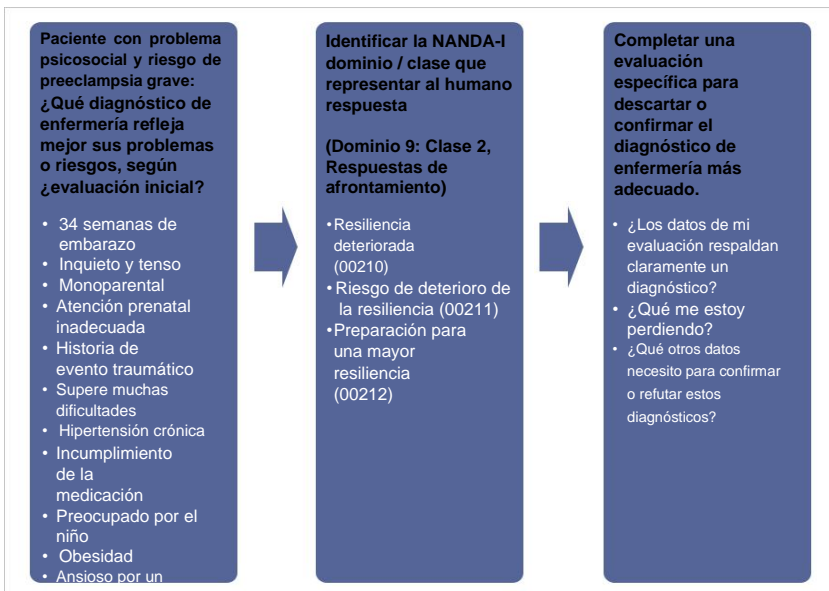


Fig. 9.5 Uso de la taxonomía NANDA-I para identificar y validar un diagnóstico de enfermería fuera del área de especialización de la enfermera

Estudio de caso: Sr. S

Supongamos que su paciente, el Sr. S, un viudo de 87 años, presenta quejas de dolor intenso y punzante en el área de la cadera derecha. Ha estado viviendo en un centro de vida asistida durante dos años, desde que murió su esposa, y los miembros del personal han notado que está muy agitado y muestra signos de dolor severo cada vez que intentan ayudarlo a caminar. Lo han traído para descartar cualquier posible fractura o necesidad de un reemplazo de cadera. Señalan que le reemplazaron la otra cadera hace tres años, debido a la osteoporosis. Aparentemente, la cirugía tuvo mucho éxito.

El Sr. S no tiene edema ni hematomas notables en el área de la cadera derecha, pero claramente se queja de dolor al palpar el área. Tiene buenos pulsos periféricos bilaterales de las extremidades inferiores y un tiempo de llenado capilar de las extremidades inferiores de 4 segundos. Su historial médico incluye un ataque cerebrovascular (accidente cerebrovascular) a los 80 años. Según su historial médico, tuvo una parálisis inicial en el lado derecho y perdió todas las funciones del habla. Recibió alteplasa IV r-tPA, un activador del plasminógeno tisular (TPA), y recuperó la movilidad y el habla por completo. Estuvo en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados durante 26 días, recibió terapia del habla, física y ocupacional, y se cuidó a sí mismo de forma independiente después de ser dado de alta. Tiene una enfermedad arterial coronaria moderada, pero por lo demás no tiene antecedentes médicos importantes. Según el miembro del personal que lo acompañaba, el Sr. S ha estado activo hasta hace unas semanas cuando empezó a quejarse de dolor. Disfrutaba de los bailes de salón, hacía ejercicio en las instalaciones de forma regular y con frecuencia se le veía caminando por el complejo hablando con la gente o dando paseos al aire libre en los terrenos del complejo cuando hacía buen tiempo. También indica que recientemente se ha vuelto menos sociable y no ha asistido a diferentes actividades que normalmente disfruta. Ella indica que los miembros del personal han atribuido esto a su nivel de incomodidad. y no ha asistido a diferentes actividades que normalmente disfruta. Ella indica que los miembros del personal han atribuido esto a su nivel de incomodidad. y no ha asistido a diferentes actividades que normalmente disfruta. Ella indica que los miembros del personal han atribuido esto a su nivel de incomodidad.

Sin embargo, lo que más se nota del Sr. S es que parece retraído, apenas habla y rara vez hace contacto visual. Se esfuerza por responder a sus preguntas, y el miembro del personal a menudo interviene para proporcionar respuestas en lugar de permitirle que las responda por sí mismo. Aunque su habla no parece estar alterada, parece estar luchando por encontrar respuestas incluso a preguntas básicas, como su edad o el año en que murió su esposa.

Después de completar su evaluación y revisar su historial, cree que el Sr. S puede estar lidiando con un problema relacionado con la cognición, pero esta es un área de enfermería en la que tiene poca experiencia; necesita una revisión de los posibles diagnósticos. Dado que está considerando un

problema de cognición, consulte la taxonomía NANDA-I para identificar la ubicación lógica de estos diagnósticos. Identifica que el Dominio 5, Percepción / cognición, se ocupa del sistema de procesamiento de la información humana, incluida la atención, la orientación, la sensación, la percepción, la cognición y la comunicación. Debido a que está considerando cuestiones relacionadas con la cognición, cree que este dominio contendrá diagnósticos de relevancia para el Sr. S.

Luego identifica rápidamente la Clase 4, Cognición. Una revisión de esta clase conduce a la identificación de tres posibles diagnósticos: confusión aguda, confusión crónica y deterioro de la memoria.

Las preguntas que debe hacerse incluyen: ¿Qué otras respuestas humanas debo descartar o considerar? ¿Qué otros signos / síntomas o etiologías debo buscar para confirmar este diagnóstico?

Una vez que revisa las definiciones y los indicadores de diagnóstico (factores relacionados, características definitorias y factores de riesgo), diagnostica al Sr. S con confusión crónica (00129).

Algunas preguntas finales deben incluir: ¿Me estoy perdiendo algo? ¿Estoy diagnosticando sin evidencia suficiente? Si cree que tiene razón en su diagnóstico, sus preguntas pasan a: ¿Qué resultados puedo esperar lograr de manera realista con el Sr. S? ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia que debería considerar? ¿Cómo evaluaré si fueron efectivos o no?

9.4 La taxonomía II del diagnóstico de enfermería de NANDA-I: una breve historia

En 1987, NANDA-I publicó Taxonomía I, que se estructuró para reflejar los modelos teóricos de enfermería de América del Norte. En 2002, se adoptó la Taxonomía II, que fue adaptada del marco de evaluación de Patrones Funcionales de Salud de la Dra. Marjory Gordon. Este marco de evaluación es probablemente el marco de evaluación de enfermería más utilizado en todo el mundo.

▣ Cuadro 9.1 Demuestra los dominios, clases y diagnósticos de enfermería y cómo se encuentran actualmente dentro de la Taxonomía II de NANDA-I.

Tabla 9.1 Dominios, clases y diagnósticos de enfermería en la Taxonomía II de NANDA-I

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Dominio 1. Promoción de la salud		La conciencia del bienestar o la normalidad de función y las estrategias utilizadas para mantener el control y mejorar eso bienestar o normalidad de funcionamiento
Clase 1. Conciencia acerca de la salud		Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar ser
00097	Actividad diversa compromiso	Disminución de la participación en actividades de diversion

00262	Literatura saludable	Preparación para mejorar la alfabetización en salud
00168	Estilo de vida	Estilo de vida sedentario

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Clase 2. Salud administración		Identificar, controlar, realizar y integrando actividades para mantener la salud y bienestar
00290	Intento de fuga	Riesgo de intento de fuga
00257	Síndrome del anciano frágil	Síndrome del anciano frágil
00231	Síndrome del anciano frágil	Riesgo de síndrome del anciano frágil
00307	Compromiso con el ejercicio	Preparación para un mejor ejercicio compromiso
00215	Salud	Salud comunitaria deficiente
00188	Comportamiento de salud	Comportamiento de salud propenso a riesgos
00292	Mantenimiento de la salud	Comportamientos ineficaces para el mantenimiento de la salud
00276	comportamientos	
00293	Autogestión de la salud	Autogestión ineficaz de la salud
00294	Autogestión de la salud	Preparación para mejorar la salud administración
00300	Mantenimiento del hogar	Autogestión ineficaz de la salud familiar
00308	comportamientos	Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar
00309	Mantenimiento del hogar	Riesgo de mantenimiento ineficaz del hogar
00043	comportamientos	comportamientos
	comportamientos	Disponibilidad para un mejor mantenimiento del hogar
	comportamientos	comportamientos financieros
	Proteccion	Protección ineficaz
Dominio 2. Nutrición		Las actividades de acoger, asimilar, y el uso de nutrientes con el fin de mantenimiento de tejidos, reparación de tejidos y la producción de energía
Clase 1. Ingestión		Llevar alimentos o nutrientes al cuerpo.
00002	Nutrición equilibrada	Nutrición desequilibrada: menos que el cuerpo requisitos
00163	Nutrición	Disponibilidad para una mejor nutrición
00216	Producción de leche materna	Producción insuficiente de leche materna.
00104	Amamantamiento	Lactancia materna ineficaz
00105	Amamantamiento	Lactancia materna interrumpida
00106	Amamantamiento	Preparación para una mejor lactancia materna

00269	Dinámica alimenticia	Dinámica ineficaz de la alimentación de los adolescentes
00270	Dinámica alimenticia	Dinámica ineficaz de la alimentación infantil
00271	Dinámica de alimentación	Dinámica ineficaz de la alimentación infantil

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00232	Obesidad	Obesidad
00233	Exceso de peso	Exceso de peso
00234	Exceso de peso	Riesgo de sobrepeso
00295	Respuesta de chupar-tragar	Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante
00103	Tragar	Tragar deficiente
Clase 2. Digestión		Las actividades físicas y químicas que convertir los alimentos en sustancias adecuadas capaz de absorción y asimilación
		Ninguno en la actualidad
Clase 3. Absorción		El acto de absorber nutrientes a través tejidos corporales
		Ninguno en la actualidad
Clase 4. Metabolismo		Los procesos químicos y físicos que ocurren en organismos vivos y células para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de residuos y energía, con la liberación de energía para todos los vitales procesos
00179	Nivel de glucosa en sangre	Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable
00194	Hiperbilirrubinemia	Hiperbilirrubinemia neonatal
00230	Hiperbilirrubinemia	Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal
00178	Función del hígado	Riesgo de deterioro de la función hepática
00296	Síndrome metabólico	Riesgo de síndrome metabólico
Clase 5. Hidratación		La ingesta y absorción de líquidos. y electrolitos
00195	Equilibrio electrolítico	Riesgo de desequilibrio electrolítico
00025	Volumen de fluido equilibrado	Riesgo de volumen de líquido desequilibrado
00027	Volumen de fluido	Volumen de líquido deficiente
00028	Volumen de fluido	Riesgo de volumen de líquido deficiente
00026	Volumen de fluido	Exceso de volumen de líquido
Dominio 3. Eliminación y intercambio		Secreción y excreción de productos de desecho. uctos del cuerpo
Clase 1. Función urinaria		El proceso de secreción, reabsorción, y excreción de orina
00297	Asociado a discapacidad incontinencia	Incontinencia urinaria asociada a discapacidad
00016	Eliminación	Eliminación urinaria alterada

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00017	Incontinencia	Incontinencia urinaria de esfuerzo
00019	Incontinencia	Incontinencia urinaria de urgencia
00022	Incontinencia	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
00023	Retencion	Retención urinaria
00322	Retencion	Riesgo de retención urinaria
Clase 2. Gastrointestinal función		El proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión
00011	Estreñimiento	Estreñimiento
00015	Estreñimiento	Riesgo de estreñimiento
00012	Estreñimiento	Estreñimiento percibido
00235	Estreñimiento funcional	Estreñimiento funcional crónico
00236	Estreñimiento funcional	Riesgo de estreñimiento funcional crónico
00319	Continencia	Continencia intestinal alterada
00013	Diarrea	Diarrea
00196	Motilidad gastrointestinal	Motilidad gastrointestinal disfuncional
00197	Motilidad gastrointestinal	Riesgo de disfunción gastrointestinal motilidad
Clase 3. Integumentario función		El proceso de secreción y excreción a través de la piel
		Ninguno en la actualidad
Clase 4. Respiratorio función		El proceso de intercambio de gases y eliminación de los productos finales de metabolismo
00030	El intercambio de gases	Intercambio de gases deteriorado
Dominio 4. Actividad / descanso		La producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos
Clase 1. Dormir / descansar		Sueño, reposo, tranquilidad, relajación o inactividad
00095	Insomnio	Insomnio
00096	Dormir	La privación del sueño
00165	Dormir	Preparación para dormir mejor
00198	Patrón del sueño	Patrón de sueño perturbado
Clase 2. Actividad / ejercicio		Partes móviles del cuerpo (movilidad), haciendo trabajo o realizando acciones a menudo (pero no siempre) contra la resistencia
00298	Tolerancia a la actividad	Disminución de la tolerancia a la actividad.

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00040	Síndrome de desuso	Riesgo de síndrome de desuso
00091	Movilidad	Movilidad de la cama alterada
00085	Movilidad	Movilidad física deteriorada
00089	Movilidad	Movilidad en silla de ruedas deteriorada
00237	Sentado	Sentado impedido
00238	De pie	De pie impedido
00090	Capacidad de transferencia	Capacidad de transferencia deteriorada
00088	Caminando	Caminar impedido
Clase 3. Balance de energía		Un estado dinámico de armonía entre ingesta y gasto de recursos
00273	Campo de energía equilibrado	Campo de energía desequilibrado
00093	Fatiga	Fatiga
00154	Errante	Errante
Clase 4. Cardiovascular / pul-respuestas monarias		Mecanismos cardiopulmonares que apoyan actividad portuaria / descanso
00032	Patrón de respiración	Patrón de respiración ineficaz
00029	Salida cardíaca	Disminución del gasto cardíaco. Riesgo de disminución del gasto cardíaco
00240	Salida cardíaca	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
00311	Función cardiovascular	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
00278	Linfedema auto administración	Autocontrol ineficaz del linfedema
00281	Linfedema auto administración	Riesgo de linfedema ineficaz administración
00033	Ventilación espontánea	Ventilación espontánea deteriorada
00267	Presión arterial estable	Riesgo de presión arterial inestable
00291	Trombosis	Riesgo de trombosis
00200	Perfusión de tejidos	Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco
00201	Perfusión de tejidos	Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral
00204	Perfusión de tejidos	Perfusión de tejido periférico ineficaz
00228	Perfusión de tejidos	Riesgo de tejido periférico ineficaz perfusión
00034	Destete ventilatorio respuesta	Destete ventilatorio disfuncional respuesta
00318	Destete ventilatorio respuesta	Destete ventilatorio disfuncional en adultos respuesta

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Clase 5. Autocuidado		Capacidad para realizar actividades para cuidar el cuerpo y las funciones corporales.
00108	Cuidados personales al bañarse	Déficit en el cuidado personal del baño
00109	Vestirse para el cuidado personal	Déficit en el cuidado personal en el baño
00102	Alimentando el autocuidado	Déficit en el cuidado personal en la alimentación
00110	Cuidados personales al ir al baño	Déficit en el cuidado personal en el baño
00182	Autocuidado	Disposición para un mejor cuidado personal
00193	Auto-negligencia	Descuido personal
Dominio 5. Percepción/ cognición		El sistema de procesamiento humano que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
Clase 1. Atención		Disposición mental para notar u observar
00123	Descuido unilateral	Descuido unilateral
Clase 2. Orientación		Conciencia de tiempo, lugar y persona.
Clase 3. Sensación/ percepción		Ninguno en la actualidad Recibir información a través de los sentidos del tacto, el gusto, el olfato, la vista, el oído y kinestesia, y la comprensión de datos sensoriales que resultan en nombrar, asociar reconocimiento y / o patrones
Clase 4. Cognición		Ninguno en la actualidad Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, resolución de problemas, abstracción, juicio, perspicacia, capacidad intelectual, cálculo, e idioma
00128	Confusión	Confusión aguda
00173	Confusión	Riesgo de confusión aguda
00129	Confusión	Confusión crónica
00251	Control emocional	Control emocional lábil
00222	Control de los impulsos	Control de impulsos ineficaz
00126	Conocimiento	Conocimiento deficiente
00161	Conocimiento	Disponibilidad para mejorar el conocimiento

00131	Memoria	Deterioro de la memoria
00279	Proceso de pensamiento	Proceso de pensamiento perturbado
Clase 5. Comunicación		Enviar y recibir verbales y no información verbal
00157	Comunicación	Preparación para una comunicación mejorada
00051	Comunicación verbal	Comunicación verbal deteriorada

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Dominio 6.		Conciencia sobre uno mismo
Auto percepción		
Clase 1.		La (s) percepción (es) sobre el yo total
Autoconcepto		
00124	Esperar	Desesperación
00185	Esperar	Disponibilidad para una mayor esperanza
00174	Dignidad humana	Riesgo por la dignidad humana comprometida
00121	Identidad personal	Identidad personal perturbada
00225	Identidad personal	Riesgo de alteración de la identidad personal
00167	Autoconcepto	Disponibilidad para mejorar el autoconcepto
Clase 2.		Evaluación de la propia valía, capacidad idoneidad, importancia y éxito
Autoestima		
00119	Autoestima	Baja autoestima crónica
00224	Autoestima	Riesgo de baja autoestima crónica
00120	Autoestima	Baja autoestima situacional
00153	Autoestima	Riesgo de baja autoestima situacional
Clase 3.		Una imagen mental del propio cuerpo.
Imagen corporal		
00118	Imagen corporal	Imagen corporal alterada
Dominio 7.		Las conexiones positivas y negativas o asociaciones entre personas o grupos de personas y los medios por los cuales esos se demuestran las conexiones
Relación de roles		
Clase 1.		Patrones de comportamiento socialmente esperados por personas que brindan atención que no están relacionadas con la salud profesionales del cuidado
Roles de cuidado		
00056	Crianza	Paternidad deteriorada
00057	Crianza	Riesgo de paternidad deteriorada
00164	Crianza	Disponibilidad para mejorar la crianza de los hijos
00061	Tensión de rol	Tensión del rol del cuidador
00062	Tensión de rol	Riesgo de tensión en el rol del cuidador
Clase 2.		Asociaciones de personas biológicamente relacionados o relacionados por elección
Familia relaciones		
00058	Adjunto	Riesgo de apego deteriorado
00283	Identidad familiar perturbada	Síndrome de identidad familiar perturbada
00284	Identidad familiar	Riesgo de síndrome de identidad familiar

perturbada
síndrome

perturbada

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00063	Procesos familiares	Procesos familiares disfuncionales
00060	Procesos familiares	Procesos familiares interrumpidos
00159	Procesos familiares	Preparación para procesos familiares mejorados
Clase 3. Desempeño de roles		Calidad de funcionamiento socialmente patrones de comportamiento esperados
00223	Relación	Relación ineficaz
00229	Relación	Riesgo de relación ineficaz
00207	Relación	Preparación para una relación mejorada
00064	Conflicto de roles	Conflicto de rol de los padres
00055	Desempeño de roles	Desempeño de roles ineficaz
00052	Interacción social	Interacción social deteriorada
Dominio 8. Sexualidad		Identidad sexual, función sexual y reproducción
Clase 1. Identidad sexual		El estado de ser una persona específica en respecto a la sexualidad y / o género
		Ninguno en la actualidad
Clase 2. Función sexual		La capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales
00059	Función sexual	Disfunción sexual
00065	Patrón de sexualidad	Patrón de sexualidad ineficaz
Clase 3. Reproducción		Cualquier proceso por el cual los seres humanos son producido
00221	Proceso de maternidad	Proceso de maternidad ineficaz
00227	Proceso de maternidad	Riesgo de un proceso de maternidad ineficaz
00208	Proceso de maternidad	Disponibilidad para mejorar la maternidad
00209	Díada materno-fetal	proceso Riesgo de alteración de la díada materno-fetal
Dominio 9. Afrontamiento / estrés tolerancia		Contendiendo eventos de la vida / procesos de la vida
Clase 1. Postraumático respuestas		Las reacciones que ocurren después de Trauma psicológico
00260	Transición de inmigración	Riesgo de una transición migratoria complicada
00141	Síndrome postraumático	Síndrome postraumático

00145	Síndrome postraumático	Riesgo de síndrome postraumático
00142	Síndrome de trauma por violación	Síndrome de trauma por violación
00114	Estrés por reubicación síndrome	Síndrome de estrés por reubicación

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00149	Estrés por reubicación síndrome	Riesgo de síndrome de estrés por reubicación
Clase 2. Respuestas de afrontamiento		El proceso de gestión ambiental estrés
00199	Planificación de actividades	Planificación de actividades ineficaz
00226	Planificación de actividades	Riesgo de planificación de actividades ineficaz
00146	Ansiedad	Ansiedad
00071	Albardilla	Afrontamiento defensivo
00069	Albardilla	Afrontamiento ineficaz Disponibilidad para afrontar mejor la situación
00158	Albardilla	
00077	Albardilla	Afrontamiento comunitario ineficaz Preparación para una comunidad mejorada
00076	Albardilla	albardilla
00074	Albardilla	Afrontamiento familiar comprometido
00073	Albardilla	Afrontamiento familiar discapacitado Preparación para un mejor afrontamiento familiar
00075	Albardilla	
00147	Ansiedad por la muerte	Ansiedad por la muerte
00072	Negación	Negación ineficaz
00148	Temor	Temor
00301	Afligido	Duelo inadaptado
00302	Afligido	Riesgo de duelo inadaptado
00285	Afligido	Disposición para un duelo intensificado
00241	Regulación del estado de ánimo	Regulación alterada del estado de ánimo
00125	Poder	Impotencia
00152	Poder	Riesgo de impotencia
00187	Poder	Preparación para potencia mejorada
00210	Resiliencia	Resiliencia deteriorada
00211	Resiliencia	Riesgo de deterioro de la resiliencia
00212	Resiliencia	Preparación para una mayor resiliencia
00137	Tristeza	Dolor crónico
00177	Estrés	Sobrecarga de estrés
Clase 3. Neuroconductual estrés		Respuestas conductuales que reflejan nerviosismo y función cerebral
00258	Sustancia aguda con síndrome de retracción	Síndrome de abstinencia aguda de sustancias
00259	Sustancia aguda con	Riesgo de abstinencia aguda de

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00009	Disreflexia autonómica	Disreflexia autonómica
00010	Disreflexia autonómica	Riesgo de disreflexia autonómica
00264	Abstinencia neonatal	Síndrome de abstinencia neonatal
00116	Comportamiento organizado	Comportamiento infantil desorganizado
00115	Comportamiento organizado	Riesgo de comportamiento infantil desorganizado
00117	Comportamiento organizado	Preparación para un bebé organizado mejorado comportamiento
Dominio 10. Principios de vida		Principios subyacentes a la conducta, el pensamiento, y comportamiento sobre actos, costumbres o instituciones consideradas verdaderas o tener un valor intrínseco
Clase 1. Valores		La identificación y clasificación de pre modos de conducta ferred o estados finales
Clase 2. Creencias		Ninguno en la actualidad Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, costumbres o instituciones visto como verdadero o intrínseco valer
00068	Bienestar espiritual	Disponibilidad para mejorar el bienestar espiritual ser
Clase 3. Valor / creencia / acción congruencia		La correspondencia o equilibrio logrado entre valores, creencias y acciones
00184	Toma de decisiones	Disponibilidad para una mejor toma de decisiones
00083	Conflicto decisonal	Conflicto decisonal Toma de decisiones emancipada deteriorada
00242	Decisión emancipada haciendo	
00244	Decisión emancipada haciendo	Riesgo de decisión emancipada deteriorada haciendo Preparación para emancipados mejorados
00243	Decisión emancipada haciendo	Toma de decisiones
00175	Angustia moral	Angustia moral
00169	Religiosidad	Religiosidad deteriorada
00170	Religiosidad	Riesgo de religiosidad deteriorada Preparación para una religiosidad mejorada
00171	Religiosidad	

00066

Angustia espiritual

Angustia espiritual

00067

Angustia espiritual

Riesgo de angustia espiritual

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Dominio 11. Medida de seguridad		Libre de peligro, lesiones físicas o daño al sistema inmunológico; preservación por pérdida; y protección de la seguridad y seguridad
Clase 1. Infección		Respuestas del huésped después de invasión
00004	Infección	Riesgo de infección
00266	Infección del sitio quirúrgico	Riesgo de infección del sitio quirúrgico
Clase 2. Lesión física		Daño o herida corporal
00031	Despeje de las vías respiratorias	Despeje ineficaz de las vías respiratorias
00039	Aspiración	Riesgo de aspiración
00206	Sangrado	Riesgo de hemorragia
00048	Dentición	Dentadura deteriorada
00219	Ojo seco	Riesgo de ojo seco
00277	Ojo seco administración	Autocuidado ineficaz del ojo seco
00261	Boca seca	Riesgo de sequedad de boca
00303	Caídas	Riesgo de caídas en adultos
00306	Caídas	Riesgo de caídas del niño
00035	Lesión	Riesgo de lesiones
00245	Lesión	Riesgo de lesión de la córnea
00320	Lesión	Lesión del complejo areolar-pezones Riesgo de lesión del complejo areolar-pezones
00321	Lesión	Riesgo de lesión del tracto urinario
00250	Lesión	Riesgo de lesión perioperatoria por posición
00087	Posicionamiento perioperatorio lesión	
00220	Lesión térmica	Riesgo de lesión térmica
00045	Membrana mucosa integridad	Integridad alterada de la mucosa oral
00247	Membrana mucosa integridad	Riesgo de alteración de la mucosa oral integridad
00086	Función neurovascular	Riesgo de neurovascular periférico disfunción
00038	Trauma físico	Riesgo de trauma físico
00213	Trauma	Riesgo de traumatismo vascular
00312	Lesión por presión	Lesión por presión en adultos Riesgo de lesiones por presión en adultos
00304	Lesión por presión	

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00286	Lesión por presión	Riesgo de lesiones por presión infantil
00287	Lesión por presión	Lesión por presión neonatal
00288	Lesión por presión	Riesgo de lesión por presión neonatal
00205	Choque	Riesgo de shock
00046	Integridad de la piel	Integridad de la piel deteriorada
00047	Integridad de la piel	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel
00156	La muerte súbita	Riesgo de muerte súbita del lactante
00036	Asfixia	Riesgo de asfixia
00100	Recuperación quirúrgica	Recuperación quirúrgica retrasada
00246	Recuperación quirúrgica	Riesgo de recuperación quirúrgica tardía
00044	Integridad del tejido	Integridad del tejido deteriorada
00248	Integridad del tejido	Riesgo de deterioro de la integridad del tejido
Clase 3. Violencia		El ejercicio de fuerza o potencia excesiva para causar lesiones o abuso
00272	Mutilación genital femenina	Riesgo de mutilación genital femenina
00138	Violencia dirigida por otros	Riesgo de violencia dirigida por otros
00140	Violencia autodirigida	Riesgo de violencia autodirigida
00151	Automutilación	Automutilación
00139	Automutilación	Riesgo de automutilación
00289	Comportamiento suicida	Riesgo de comportamiento suicida
Clase 4. Ambiental riesgos		Fuentes de peligro en el entorno
00181	Contaminación	Contaminación
00180	Contaminación	Riesgo de contaminación
00265	Lesión ocupacional	Riesgo de lesiones laborales
00037	Envenenamiento	Riesgo de envenenamiento
Clase 5. Defensivo procesos		Los procesos mediante los cuales el yo se protege sí mismo del no yo
00218	Reacción adversa a medios de contraste yodados	Riesgo de reacción adversa a los yodados.
00217	Reacción alérgica	medios de contraste
00042	Reacción alérgica al látex	Riesgo de reacción alérgica al látex
Clase 6. Termorregulación		El proceso fisiológico de regular calor y energía dentro del cuerpo para propósitos de proteger el organismo

00007	Hipertermia	Hipertermia
00006	Hipotermia	Hipotermia

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
00253	Hipotermia	Riesgo de hipotermia
00280	Hipotermia	Hipotermia neonatal
00282	Hipotermia	Riesgo de hipotermia neonatal
00254	Perioperatorio hipotermia	Riesgo de hipotermia perioperatoria
00008	Termorregulación	Termorregulación ineficaz
00274	Termorregulación	Riesgo de termorregulación ineficaz
Dominio 12. Comodidad		Sentido de bienestar mental, físico o social
Clase 1. Comodidad física		ser o facilidad Sensación de bienestar o tranquilidad y / o libertad del dolor
00214	Comodidad	Comodidad deteriorada
00183	Comodidad	Preparación para una mayor comodidad
00134	Náusea	Náusea
00132	Dolor	Dolor agudo
00133	Dolor Síndrome de dolor crónico	Dolor crónico
00255		Síndromes de dolor crónico
00256	El dolor del parto	Dolor de parto
Clase 2. Ambiental comodidad		Sensación de bienestar o comodidad en / con uno medio ambiente
00214	Comodidad	Comodidad deteriorada
00183	Comodidad	Preparación para una mayor comodidad
Clase 3. Confort social		Sensación de bienestar o tranquilidad con uno situación social
00214	Comodidad	Comodidad deteriorada
00183	Comodidad	Preparación para una mayor comodidad
00054	Soledad	Riesgo de soledad
00053	Aislamiento social	Aislamiento social
Dominio 13. Crecimiento/ desarrollo		Aumentos en el nivel físico apropiados para la edad dimensiones, maduración del sistema de órganos tems, y / o progresión a través de la hitos del desarrollo
Clase 1. Crecimiento		Aumento de las dimensiones físicas o madurez ridad de los sistemas de órganos
		Ninguno en la actualidad

Tabla 9.1 (continuación)

Dominio / Clase / Código de diagnóstico	Enfoque del diagnóstico	Definición de dominio / clase; Diagnóstico
Clase 2.		Progreso o regresión a través de un secuencia de hitos reconocidos en la vida
Desarrollo		
00314	Desarrollo	Retraso en el desarrollo infantil
00305	Desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo infantil
00315	Desarrollo motor	Retraso en el desarrollo motor del lactante
00316	Desarrollo motor	Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil

^a Los editores reconocen que este concepto no está en orden alfabético; se tomó la decisión de mantener todos los diagnósticos de "nutrición" en orden secuencial.

^b Los editores reconocen que este concepto no está en orden alfabético; se tomó la decisión de mantener todos los diagnósticos de "volumen de líquido" en orden secuencial.

^c Los editores reconocen que este concepto no está en orden alfabético; se tomó la decisión de mantener todos los diagnósticos de "lesiones" en orden secuencial.

^d Los editores reconocen que este concepto no está en orden alfabético; se tomó la decisión de mantener todos los diagnósticos de "dolor" en orden secuencial.

9.5 Referencias

- Abbott A. Los sistemas de profesiones. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988.
- Quammen D. Pasión por el orden. Revista National Geographic. 2007. Disponible en: ngm.nationalgeographic.com/print/2007/06/Linnaeus-name-giver/david-quammen-texto (recuperado el 1 de noviembre de 2013).
- Propuesta de taxonomía III de Von Krogh G. NANDA International Latin American Symposium. São Paulo, Brasil. Mayo de 2011.

10 Especificaciones y definiciones dentro de la taxonomía internacional de diagnósticos de enfermería de la NANDA

T. Heather Herdman, Silvia Caldeira

10.1 Estructura de la taxonomía II

La taxonomía se define como la "sistema para nombrar y organizar cosas ... en grupos que comparten cualidades similares"(Diccionario de Cambridge en línea, 2017). Dentro de la taxonomía, los dominios son"un área de interés o un área sobre la que uno tiene control"; y las clases son"Un grupo ... con estructura similar" (Diccionario de Cambridge en línea, 2017).

Podemos adaptar la definición para una taxonomía de diagnóstico de enfermería; en concreto, nos preocupa la clasificación ordenada de los focos diagnósticos de interés para la enfermería, de acuerdo con sus presuntas relaciones naturales. La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos de enfermería. ▶ La Fig. 9.3 representa la organización de dominios y clases en Taxonomía II; ▶ La Tabla 9.1 muestra Taxonomía II con sus 13 dominios, 47 clases y 267 diagnósticos actuales.

La estructura del código de Taxonomía II es un entero de 32 bits (o si el usuario's base de datos utiliza otra notación, la estructura del código es un código de cinco dígitos). Esta estructura proporciona estabilidad, o crecimiento y desarrollo, de la estructura de clasificación al evitar la necesidad de cambiar códigos cuando se agregan nuevos diagnósticos, refinamientos y revisiones. Se asignan nuevos códigos a los diagnósticos recién aprobados.

La Taxonomía II tiene una estructura de código que cumple con las recomendaciones de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) sobre los códigos de terminología del cuidado de la salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre el concepto clasificado, como lo hizo la estructura del código de la Taxonomía I, que incluía información sobre la ubicación y el nivel del diagnóstico.

La terminología NANDA-I es un lenguaje de enfermería reconocido que cumple con los criterios establecidos por el Comité de Infraestructura de Información para la Práctica de Enfermería (CNPII) de la Asociación Estadounidense de Enfermeras (ANA) (Lundberg et al., 2008). El beneficio de un lenguaje de enfermería reconocido es la indicación de que el sistema de clasificación se acepta como apoyo a la práctica de enfermería al proporcionar terminología clínicamente útil. La terminología también está registrada en Health Level Seven International (HL7), un estándar de informática de atención de la salud, como terminología que se utilizará en la identificación de diagnósticos de

enfermería en mensajes electrónicos entre sistemas de información clínica.(www.HL7.org).

10.2 Taxonomía II de NANDA-I: un sistema multiaxial

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos construidos mediante un sistema multiaxial. Un eje, a los efectos de la Taxonomía II de NANDA-I, se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso de diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo NANDA-I de un diagnóstico de enfermería muestra los siete ejes y su relación entre sí.

- Eje 1: el foco del diagnóstico
- Eje 2: sujeto del diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidador, comunidad, etc.)
- Eje 3: juicio (deteriorado, inefectivo, etc.)
- Eje 4: ubicación (oral, periférica, cerebral, etc.)
- Eje 5: edad (recién nacido, lactante, niño, adulto, etc.)
- Eje 6: tiempo (crónico, agudo, intermitente)
- Eje 7: el estado del diagnóstico.

Los ejes están representados en las etiquetas de los diagnósticos de enfermería a través de sus valores. En algunos casos se nombran explícitamente, como con los diagnósticos inefectivo y procesos familiares disfuncionales, en los que el sujeto del diagnóstico se nombra utilizando los dos valores. "comunidad" y "familia" tomado del Eje 2 (sujeto del diagnóstico). "Inefectivo" y "disfuncional" son dos de los valores contenidos en el Eje 3 (juicio).

En algunos casos, el eje está implícito, como es el caso del diagnóstico inefectivo patrón de sexualidad activa, en el que el sujeto del diagnóstico (Eje 2) es siempre el paciente. En algunos casos, un eje puede no ser pertinente para un diagnóstico y, por lo tanto, no forma parte de la etiqueta de diagnóstico de enfermería. Por ejemplo, el eje del tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnósticos sin identificación explícita del sujeto del diagnóstico, puede ser útil recordar que NANDA-I define a un paciente como "un individuo, una familia, un grupo o una comunidad".

El Eje 1 (el foco del diagnóstico) y el Eje 3 (el juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico de enfermería. En algunos casos, sin embargo, el enfoque del diagnóstico contiene el juicio (p. Ej., Miedo); en estos casos, el juicio no se separa explícitamente del foco del diagnóstico en la etiqueta de diagnóstico. El eje 2 (objeto del diagnóstico) también es fundamental, aunque, como se describió anteriormente, puede estar implícito y, por tanto, no incluido en la etiqueta. El Comité de Desarrollo de Diagnóstico requiere estos ejes para su presentación; los otros ejes pueden utilizarse cuando sea pertinente para mayor claridad.

Un análisis estadístico básico reciente de etiquetas de diagnóstico demostró que el 2018-Los diagnósticos de enfermería (ND) de la NANDA-I de 2020 utilizaron el Eje 1 (enfoque) en

asociación con términos diferentes de los otros ejes, excepto en situaciones en las que la etiqueta ND era una sola palabra (p. ej., ansiedad, miedo, obesidad). El Eje 3 (juicio) fue el segundo eje más utilizado, contribuyendo a la construcción del 82% del ND. El resto de ejes se utilizaron en menor medida, en el 18% de los ND (Miguel, Romeiro, Martins, Casaleiro, Caldeira, & Herdman, 2019).

Aunque hubo algunas incorporaciones en el 2021-2023 de la terminología NANDA-I, quedan pocos ND que se dirijan a las poblaciones de ancianos ($n = 2$), niños y adolescentes ($n = 9$) y neonatales ($n = 4$) dentro de la etiqueta ND. Por lo tanto, parece que la adecuación de la ND a tales poblaciones, cuyas especificidades las hacen únicas al compararlas con la población en general, puede seguir siendo limitada. La ausencia de un cuadro clínico acorde con esos clientes.' realidad - incluyendo características definitorias diferenciadas, factores relacionados y / o de riesgo - y la complejidad de las decisiones que toman las enfermeras en su cuidado, nos lleva a pensar que las etiquetas de ND están lejos de estar desarrolladas a fondo (Miguel, Romeiro, Martins, Casaleiro, Caldeira, & Herdman, 2019).

Los ajustes de las etiquetas de ND a contextos, entornos y poblaciones particulares -incluyendo implícitamente los derechos de razonamiento clínico defendidos por Levett-Jones et al. (2010)-podría elevar la calidad de la atención de enfermería. Además, proporcionaría la base de evidencia necesaria para la terminología NANDA-I, corroborando la jerarquía ND dentro de la taxonomía II, o conduciría a una apelación a dominios y clases más adecuados y claros (Miguel, Romeiro, Martins, Casaleiro, Caldeira y Herdman, 2019).

NANDA-I apoya los desarrollos en la especificidad de las etiquetas ND, específicamente con respecto a sus aspectos multiaxiales, para aumentar la especificidad y precisión del proceso de diagnóstico, que se sabe que es el núcleo del razonamiento y la práctica clínicos.

10.3 Definiciones de los ejes


10.3.1 Eje 1: El enfoque del diagnóstico

El foco del diagnóstico es el elemento principal o la parte fundamental y esencial, la raíz, del concepto diagnóstico. Describe el "respuesta humana" ese es el núcleo del diagnóstico.

El enfoque del diagnóstico puede consistir en uno o más sustantivos. Cuando se usa más de un sustantivo (p. Ej., Regulación del estado de ánimo), cada uno aporta un significado único al enfoque del diagnóstico, como si los dos fueran un solo sustantivo; el significado del término combinado, sin embargo, es diferente de cuando los sustantivos se expresan por separado. Con frecuencia, un sustantivo (conflicto) puede usarse con un adjetivo (decisional) para denotar el foco del diagnóstico de conflicto decisional.

En algunos casos, el enfoque del diagnóstico y el concepto de diagnóstico son uno y el mismo, como se ve con el diagnóstico de hipertermia (00007). Esto ocurre cuando el diagnóstico de enfermería se establece en su nivel más útil clínicamente y la separación del enfoque del diagnóstico no agrega un nivel significativo de abstracción. Puede ser muy difícil para determinar exactamente qué debe considerarse el foco del diagnóstico. Por ejemplo, si se utilizan los diagnósticos de incontinencia intestinal (00014) e incontinencia urinaria de esfuerzo (00017), la pregunta es: ¿Es el foco del diagnóstico la incontinencia por sí sola o hay dos focos?

- Incontinencia intestinal y ¿incontinencia urinaria? En este caso, incontinencia es el enfoque y los términos de ubicación (Eje 4) de intestino y orina proporcionan más aclaraciones sobre el enfoque. Sin embargo, la incontinencia en sí misma es un término de juicio que puede ser independiente y, por lo tanto, se convierte en el foco del diagnóstico independientemente de la ubicación.

En algunos casos, sin embargo, eliminar la ubicación (Eje 4) del enfoque diagnóstico evitaría que diera sentido a la práctica de enfermería. Por ejemplo, si miramos el foco del diagnóstico de riesgo de mutilación genital femenina, ¿es el foco del diagnóstico mutilación genital o simplemente mutilación? O si observa el diagnóstico de integridad de la piel deteriorada, ¿es la integridad del foco o la integridad de la piel? Las decisiones sobre lo que constituye la esencia del enfoque del diagnóstico, entonces, se toman sobre la base de lo que ayuda a identificar la implicación de la práctica de enfermería y si el término indica o no una respuesta humana. La mutilación puede referirse a un acto o instancia de destrucción, extracción o daño grave de una extremidad.-por eso es importante identificar la mutilación genital femenina como foco de diagnóstico. Del mismo modo, la integridad puede significar la calidad de ser honesto y tener principios morales sólidos.-de nuevo, se trata de características pero no de respuestas humanas, y no tienen ninguna relación con el diagnóstico de deterioro de la integridad de la piel; la integridad de la piel, sin embargo, se refiere a la salud de la piel y es una respuesta humana. En algunos casos, el enfoque puede parecer similar, pero de hecho es bastante distinto: la violencia y la violencia autodirigida son dos diferentes respuestas humanas y, por lo tanto, deben identificarse por separado en términos de focos de diagnóstico dentro de la Taxonomía II. Los focos diagnósticos de los diagnósticos de enfermería NANDA-I se muestran en  Cuadro 10.1.

10.3.2 Eje 2: Objeto del diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la (s) persona (s) para quienes se determina un diagnóstico de enfermería. Los términos del Eje 2 son individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad, y representan la definición de NANDA-I de "paciente":

- Individuo: Un solo ser humano distinto de los demás, una persona.

Tabla 10.1 Focos diagnósticos de los diagnósticos de enfermería NANDA-I


- Planificación de actividades	- Fatiga	- Envenenamiento
- Tolerancia a la actividad	- Temor	- Síndrome postraumático
- Abstinencia aguda de sustancias	- Dinámica de alimentación	- Poder
- síndrome	- Alimentando el autocuidado	- Lesión por presión
- Reacción adversa a los yodados	- Mutilación genital femenina	- Protección
- medios de contraste	- Volumen de fluido	- Síndrome de trauma por violación
- Despeje de las vías respiratorias	- Síndrome del anciano frágil	- Relación
- Reacción alérgica	- Estreñimiento funcional	- Religiosidad
- Ansiedad	- El intercambio de gases	- Síndrome de estrés por reubicación
- Aspiración	- Motilidad gastrointestinal	- Resiliencia
- Adjunto	- Afligido	- Retención
- Disreflexia autonómica	- Salud	- Conflicto de roles
- Campo de energía equilibrado	- Comportamiento de salud	- Desempeño de roles
- Volumen de fluido equilibrado	- Literatura saludable	- Tensión de rol
- Nutrición equilibrada	- Comportamientos de mantenimiento de la salud	- Autocuidado
- Cuidados personales al bañarse	- Autogestión de la salud	- Autoconcepto
- Sangrado	- Comportamientos de mantenimiento del hogar	- Violencia autodirigida
- Nivel de glucosa en sangre	- Esperar	- Autoestima
- Imagen corporal	- Dignidad humana	- Automutilación
- Producción de leche materna	- Hiperbilirrubinemia	- Auto-negligencia
- Amamantamiento	- Hipertermia	- Función sexual
- Patrón de respiración	- Hipotermia	- Patrón de sexualidad
- Salida cardíaca	- Transición de inmigración	- Choque
- Función cardiovascular	- Control de los impulsos	- Sentado
- Proceso de maternidad	- Incontinencia	- Integridad de la piel
- Síndrome de dolor crónico	- Infección	- Dormir
- Comodidad	- Lesión	- Patrón del sueño
- Comunicación	- Insomnio	- Interacción social
- Confusión	- Conocimiento	- Aislamiento social
- Estreñimiento	- El dolor del parto	- Tristeza
- Contaminación	- Reacción alérgica al látex	- Angustia espiritual
- Continencia	- Estilo de vida	- Bienestar espiritual
- Albardilla	- Función del hígado	- Espontáneo
- Ansiedad por la muerte	- Soledad	- ventilación
- Toma de decisiones	- Linfedema auto administración	- Presión arterial estable
- Conflicto decisional	- Diada materno-fetal	- De pie
- Negación	- Memoria	- Estrés
- Dentiación	- Síndrome metabólico	- Respuesta de chupar-tragar
- Desarrollo	- Movilidad	- La muerte súbita
- Diarrea	- Regulación del estado de ánimo	- Asfixia
- Asociado a discapacidad incontinencia	- Angustia moral	- Comportamiento suicida
- Identidad familiar perturbada	- Desarrollo motor	- Recuperación quirúrgica
- síndrome	- Integridad de la membrana mucosa	- Infección del sitio quirúrgico
- Síndrome de desuso	- Náusea	- Tragar
- Actividad diversa	- Síndrome de abstinencia neonatal	- Lesión térmica
- compromiso	- Función neurovascular	- Termorregulación
- Vestirse para el cuidado personal	- Nutrición	- Proceso de pensamiento
- Ojo seco	- Obesidad	- Trombosis
- Autocontrol del ojo seco	- Lesión ocupacional	- Integridad del tejido
- Boca seca	- Comportamiento organizado	- Perfusión de tejidos
- Dinámica alimenticia	- Violencia dirigida por otros	- Cuidados personales al ir al baño
- Equilibrio electrolítico	- Exceso de peso	- Capacidad de transferencia
- Eliminación	- Dolor	- Trauma
- Intento de fuga	- Crianza	- Descuido unilateral
		- Respuesta ventilatoria al destete

- Toma de decisiones emancipada	- Hipotermia perioperatoria	- Comunicación verbal
- Control emocional	- Posicionamiento perioperatorio	- Caminando
- Compromiso con el ejercicio	- lesión	- Errante
- Caídas	- Identidad personal	
- Procesos familiares	- Trauma físico	

- Cuidador: miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente a un niño o una persona enferma, anciana o discapacitada.
- Familia: dos o más personas que tienen relaciones continuas o sostenidas, percibir obligaciones recíprocas, percibir un significado común y compartir ciertas obligaciones hacia los demás; emparentados por sangre y / o elección.
- Grupo: Varias personas con características compartidas.
- Comunidad: un grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobernanza. Los ejemplos incluyen barrios y ciudades.


Cuando el sujeto del diagnóstico no se establece explícitamente, se convierte en el individuo por defecto. Sin embargo, es perfectamente apropiado considerar tales diagnósticos también para los otros sujetos del diagnóstico. El diagnóstico de miedo (00148) podría aplicarse a una persona que tiene una respuesta aprendida a la amenaza y se encuentra en un entorno desconocido, separada de su sistema de apoyo, que se evidencia por experimentar sentimientos de pavor, pánico y terror, y suffers por fatiga, cambios en la respuesta fisiológica y anorexia. También podría ser apropiado para una comunidad que ha experimentado violencia constante (por ejemplo, guerra en curso, violencia de pandillas, etc.), y cuyos miembros tienen insuficiencias. El control sobre su entorno y las insuficiencias de recursos para combatir los problemas dentro de la comunidad, y cuyos residentes están experimentando síntomas angustiantes como aprensión, disminución de la productividad, conductas de evitación, aumento del estado de alerta y concentración reducida a la fuente del miedo.

10.3.3 Eje 3: Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del enfoque del diagnóstico. El foco del diagnóstico, junto con la enfermera.'s juicio al respecto, forma el diagnóstico. Todas las definiciones utilizadas se encuentran en el Oxford Lexico (Oxford University Press, 2019), a menos que se especifique lo contrario. Los valores del Eje 3 se encuentran en  Cuadro 10.2.

10.3.4 Eje 4: Ubicación

La ubicación describe las partes / regiones del cuerpo y / o sus funciones relacionadas

- todos los tejidos, órganos, sitios anatómicos o estructuras. Todas las definiciones utilizadas son que se encuentra en Oxford Lexico (Oxford University Press, 2019), a menos que se indique lo contrario. Los términos del Eje 4 se muestran en  Cuadro 10.3.

10.3.5 Eje 5: Edad

La edad se refiere al grupo de edad de la persona que es objeto del diagnóstico (Eje 2). Los términos del Eje 5 se indican a continuación, con todas las definiciones, excepto que

Tabla 10.2 Definiciones de términos de juicio para el Eje 3, Taxonomía II de NANDA-I

Juicio	Definición
Complicado	Consta de muchas partes o elementos interconectados; intrincado; involucrando muchos aspectos diferentes y confusos; involucrando complicaciones
Comprometido	Causa para volverse vulnerable o funcionar con menos eficacia
Disminuido	Hacer o volverse más pequeño o menos en tamaño, cantidad, intensidad o la licenciatura
Defensivo	Usado o destinado a defender o proteger; ansioso por desafiar o evitar crítica
Deficiente / deficitario	No tener suficiente de una calidad o ingrediente específico; falta algo elementos o características
Demorado	Tarde, lento, diferido o pospuesto
Privación	Dañina falta de beneficios materiales considerados necesidades básicas en una sociedad; falta o negación de algo que se considera una necesidad
Discapacitado	Limitado en movimientos, sentidos o actividades
Desestructurado	No planificado y controlado adecuadamente; incapaz de planificar las actividades propias eficientemente
Perturbado	No funciona normalmente o correctamente; desviándose de las normas de comportamiento social de una manera considerada mala
Emancipado	Libre de restricciones legales, sociales o políticas
Mejorado	Intensificó, aumentó o mejoró aún más la calidad, el valor o extensión de
Disfuncional	De o tener una actividad, propósito o tarea específica; relativo a la forma en qué algo funciona u opera; (de una enfermedad) que afecta al funcionamiento, en lugar de la estructura, de un órgano
Exceso	Una cantidad de algo que es más de lo necesario, permitido o deseable
Funcional	En relación con la forma en que algo funciona u opera; de o tener una actividad, propósito o tarea específicos
Desequilibrado	Falta de proporción o relación entre las cosas correspondientes.
Dañado	Debilitado o dañado (algo, especialmente una facultad o función)
Inadecuado	No tener suficiente de una calidad o ingrediente específico; falta algo elementos o características
Ineficaz	No producir ningún efecto significativo o deseado.
Insuficiente	Falta cantidad; no es suficiente
Interrumpido	Para evitar que algo suceda durante un breve período (Cambridge Diccionario online)
Lábil	Sujeto a cambios; fácilmente alterado; de o caracterizado por emociones que se despiertan fácilmente o se expresan libremente, y tienden a alterarse rápidamente

Tabla 10.2 (continuación)

Juicio	Definición
Bajo	Por debajo del promedio en cantidad, extensión o intensidad; pequeña; conteniendo cantidades más pequeñas de lo habitual de un ingrediente específico; clasificación debajo otras personas o cosas en importancia o clase
Desadaptativo	No ajustarse adecuada o apropiadamente al medio ambiente o situación
Mezclado	Que consta de diferentes calidades o elementos
Sobrecarga	Dar demasiado de algo, típicamente algo indeseable; poner una demanda demasiado grande en
Percibido	Se volvió consciente o consciente (de algo); llegué a darme cuenta o comprender; se dio cuenta (de algo) mediante el uso de uno de los sentidos, especialmente el de la vista; interpretar o mirar (alguien o algo) de una manera particular
Preparación para	El estado de estar completamente preparado para algo; voluntad de hacer alguna cosa; inmediatez, rapidez o prontitud
Riesgo para	Situación de exposición al peligro; posibilidad de que algo sucederá desagradable o no deseado
Propenso al riesgo	Propensión a sentirse atraído o disposición a tolerar opciones. que entrañan un riesgo de pérdida potencialmente alto (Dictionary of the American Asociación Psicológica, 2020)
Sedentario	Suelen pasar mucho tiempo sentados; algo inactivo; personajizado por mucho tiempo sentado y poco ejercicio físico
Situacional	Relacionado con o dependiente de un conjunto de circunstancias o estado de cosas; relacionado con la ubicación y los alrededores de un lugar
Inestable	Propenso a cambiar, fallar o ceder; no es estable; propenso a psiquiatría problemas o cambios repentinos de humor
Impulso	Un fuerte deseo o impulso.

de adultos mayores y adultos mayores, extraídos de la Organización Mundial de la Salud (2013).

- Feto: ser humano por nacer más de 8 semanas después de la concepción, hasta el nacimiento.
- Recién nacido: persona <28 días de edad
- Bebé: niño <1 año de edad
- Niño: persona \leq 19 años a menos que la legislación nacional defina que una persona es un adulto a una edad más temprana
- Adolescente: persona de 10 a 19 años, inclusive
- Adulto: persona > 19 años de edad, a menos que la legislación nacional defina a una persona como ser un adulto a una edad más temprana
- Adulto mayor: persona 65-84 años de edad

- Adulto mayor: persona \geq 85 años de edad.

Tabla 10.3 Ubicaciones y sus definiciones en el Eje 4, Taxonomía II de NANDA-I

Término	Definición
Cuerpo	Estructura física, incluidos los huesos, la carne y los órganos de una persona; el aspecto físico y mortal de una persona en oposición al alma o espíritu
Intestino	Parte del tubo digestivo debajo del estómago; el intestino
Seno	Cualquiera de los dos órganos blandos que sobresalen en el frente superior de un cuerpo de la mujer que segrega leche después del parto; los menos desarrollados parte del cuerpo de un hombre que se corresponde con el pecho de una mujer; a pecho de la persona
Cardíaco	Relativo al corazón; relativo a la parte del estómago más cercana al esófago.
Cardiovascular	Relacionado con el corazón y los vasos sanguíneos.
Cerebral	Del cerebro del cerebro; intelectual en lugar de emocional o físico
Ojo	Uno de un par de órganos globulares de la vista en la cabeza humana a través de que la gente ve
Gastrointestinal	Relacionado con el estómago y los intestinos.
Genital	Los órganos de reproducción externos de una persona.
Hígado	Gran órgano glandular lobulado en el abdomen, involucrado en muchos Procesos metabólicos
Linfá	Un líquido incoloro que contiene glóbulos blancos, que baña el tejidos y drena a través del sistema linfático hacia el sangre
Boca	Apertura y cavidad en la parte inferior del rostro humano, rodeada por los labios, a través de los cuales se ingiere la comida y del cual el habla y se emiten otros sonidos vocales
Membranas mucosas	Tejidos epiteliales que secretan moco y recubren muchas cavidades corporales. y órganos tubulares que incluyen el intestino y las vías respiratorias
Neurovascular	Contiene estructuras vasculares y neurales; de o relacionado con el sistema nervioso y los sistemas vasculares, o sus interacciones
Pezón-areolar complejo	Un área pigmentada en el montículo mamario con una estructura elevada en el centro el hito principal de la mama (Nimboriboonporn & Chuthapisith, 2014)
Oral	Relativo a la boca
Periférico	Cerca de la superficie del cuerpo, con especial referencia a la circulación. y sistema nervioso
Piel	La fina capa de tejido que forma la cubierta exterior natural del cuerpo
Tejido	Cualquiera de los distintos tipos de material de los que están hechos los humanos, que consta de células especializadas y sus productos

Tracto

Un pasaje importante en el cuerpo, un gran haz de fibras nerviosas u otro estructura o región anatómica alargada continua

Cuadro
10.3 (Continuado)

Término	Definición
Urinario	Relacionado con o denotando el sistema de órganos, estructuras y conductos. por el cual se produce y se descarga la orina, en mamíferos que comprenden los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra
Vascular	Relativo a, que afecta o consiste en un buque o buques, especialmente los que llevan sangre
Venoso	Relativo a una vena o las venas; relativo al rojo oscuro, pobre en oxígeno sangre en las venas y arteria pulmonar

10.3.6 Eje 6: Tiempo

El tiempo describe la duración del foco del diagnóstico (Eje 1). Los términos del Eje 6 son:

- Agudo: <3 meses
- Crónico: duradero \geq 3 meses
- Intermitente: parada o arranque a intervalos, periódica, cíclica
- Continuo: ininterrumpido, sin parar

10.3.7 Eje 7: Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la actualidad o potencialidad del problema / síndrome o a la categorización del diagnóstico como diagnóstico de promoción de la salud. Los términos del Eje 7 son:

- (Centrado en el problema): respuesta humana indeseable a una condición de salud / vida proceso que existe en el momento actual (incluye diagnósticos de síndrome) Nota: En los diagnósticos centrados en el problema, este estado se asume en la propia etiqueta, no se utilizan términos estandarizados para cada diagnóstico centrado en el problema.
- Disponibilidad para: motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizarse potencial de salud humana que existe en el momento actual (Pender et al 2006)
- Riesgo de: susceptibilidad a desarrollar, en el futuro, un ser humano indeseable. respuesta a las condiciones de salud / procesos de vida.

Los términos del Eje 7 (estado) no se expresan actualmente, de forma explícita, en ninguna de las etiquetas NANDA-I ND (Miguel, Romeiro, Martins, Casaleiro, Caldeira, & Herdman, TH, 2019). Sin embargo, el eje está implícito en todo diagnóstico, ya que se relaciona con el tipo de diagnóstico que representa la etiqueta. El DDC planea avanzar en una discusión durante el próximo ciclo sobre si el Eje 7 debe permanecer o no dentro de nuestro sistema multiaxial.

10.4 Desarrollo y envío de un diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería se construye combinando los términos del Eje 1 (el foco del diagnóstico), el Eje 2 (el tema del diagnóstico) y el Eje 3 (juicio), y agregando términos de los otros ejes para una claridad relevante. Los investigadores o enfermeras profesionales interesadas comenzarían con el enfoque del diagnóstico (Eje 1) y agregarían el término de juicio apropiado (Eje 3).

Recuerde que estos dos ejes a veces se combinan en un solo concepto diagnóstico, como se puede ver con el miedo al diagnóstico de enfermería (00148). A continuación, especificarían el tema del diagnóstico (Eje 2). Si el sujeto es un "individual", no necesitan hacerlo explícito. Finalmente, como se dijo anteriormente, NANDA-I apoya los desarrollos en las etiquetas ND con respecto a sus aspectos multiaxiales, para aumentar la especificidad y precisión del proceso de diagnóstico, que se sabe que es el núcleo del razonamiento y la práctica clínicos. Por lo tanto, se alienta a los presentadores a considerar si la distinción posible mediante el uso de ejes adicionales podría conducir a un diagnóstico más preciso, que luego podría ayudar al razonamiento diagnóstico. Por ejemplo, una revisión de los diagnósticos, Hipotermia neonatal (00280) e Hipotermia (00006) demuestra una *diff* experiencia en la definición de características y factores relacionados con base en la incorporación del término del eje 5 (recién nacido).

NANDA-I no apoya la construcción aleatoria de conceptos de diagnóstico que ocurrirían simplemente haciendo coincidir términos de un eje a otro para crear una etiqueta de diagnóstico para representar juicios basados en una evaluación del paciente. Los problemas clínicos / áreas de focos de enfermería que se identifican y que no tienen una etiqueta NANDA-I deben describirse cuidadosamente en la documentación para garantizar la precisión de otras enfermeras./profesionales de la salud' interpretación del juicio clínico.

Creación de un diagnóstico para ser utilizado en la práctica clínica y / o documentación mediante la coincidencia de términos de *diff* diferentes ejes, sin el desarrollo de la definición y otros componentes de un diagnóstico (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo, afecciones asociadas y poblaciones en riesgo, según corresponda) de una manera basada en la evidencia, niega el propósito de un lenguaje estandarizado como método para representar, informar y dirigir verdaderamente el juicio y la práctica clínicos.

Esta es una preocupación seria con respecto a la seguridad del paciente, porque la falta de conocimiento inherente a los componentes de diagnóstico hace que sea imposible garantizar la precisión del diagnóstico. Los términos de enfermería creados arbitrariamente en el punto de atención podrían resultar en una mala interpretación del problema clínico / área de enfoque y, posteriormente,

conducir a un marco de resultado y elección de intervención inapropiados. También hace que sea imposible investigar con precisión la incidencia de

diagnósticos de enfermería o para realizar estudios de resultados o intervenciones relacionados con los diagnósticos, ya que, sin componentes claros de un diagnóstico (definiciones, características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo), es imposible saber si el concepto que se estudia realmente representa los mismos fenómenos .

Por lo tanto, al discutir la construcción de conceptos de diagnóstico en este capítulo, la intención es informar a los médicos sobre cómo se desarrollan los conceptos de diagnóstico y brindar claridad a las personas que están desarrollando diagnósticos, para su presentación en la Taxonomía NANDA-I; No debe malinterpretarse sugerir que NANDA-I apoya la creación de etiquetas de diagnóstico por parte de los médicos en el punto de atención al paciente.

10.5 Desarrollo adicional: uso de ejes

NANDA International se centrará en la revisión de los diagnósticos que se incluyen actualmente en la terminología, pero que fueron "abuelo" después de que se adoptó el criterio de nivel de evidencia en 2002. Hay más de 50 de estos diagnósticos, que serán eliminados de la terminología durante la próxima edición si esta revisión no ocurre. Por lo tanto, desaconsejamos enérgicamente el desarrollo de nuevos diagnósticos en este momento, concentrándonos en cambio en llevar los diagnósticos a un nivel mínimo de evidencia de 2.1. Y elevar el nivel de evidencia de otros diagnósticos.

El otro enfoque de NANDA-I será fortalecer la utilidad clínica de los indicadores de diagnóstico (características definitorias y factores relacionados / de riesgo). Nuestro deseo es poder identificar, a través de la investigación clínica y el metaanálisis / meta-síntesis, aquellas características definitorias que se requieren para realizar un diagnóstico ("características definitorias críticas") y eliminar aquellos que no sean clínicamente útiles. Esto fortalecerá nuestra capacidad para brindar apoyo en la toma de decisiones a las enfermeras junto a la cama.

Si las personas están avanzando en el desarrollo de nuevos diagnósticos o están validando clínicamente diagnósticos en poblaciones específicas de pacientes, les recomendamos que revisen las nuevas pautas antes de enviarlas. Finalmente, se necesita investigación para brindar apoyo basado en evidencia para las intervenciones que son más eficientes y eficaces al abordar factores específicos relacionados con nuestro ND. Desafortunadamente, gran parte de la literatura hasta la fecha sobre la intervención está dirigida al control de los síntomas (abordando las características definitorias) que, aunque importante, no nos permite resolver por completo el diagnóstico.

10.6 Referencias

- Asociacion Americana de Psicologia. Diccionario. 2020. Disponible en:<https://dicion-ary.apa.org/>. Acceso 2020 29 de agosto.
- Caldeira SMA, Chaves ECL, Carvalho EC, Vieira MMS. Validación de diagnósticos de enfermería: la diffmmodelo de validación diagnóstica diferencial como estrategia. *Revista de Enferma-gem UFPE* 2012; 6 (6): 1441-1445.
- Prensa de la Universidad de Cambridge. Diccionario de Cambridge en línea. 2020. Disponible en:
<https://dictionary.cambridge.org/us/>. Acceso 2020 29 de agosto.
- Levett-Jones T, Hoffhombre K, Dempsey J, Jeong S, Noble D, Norton CA, Roche J, Hickey, N. 'cinco derechos' de razonamiento clínico: un modelo educativo para potenciar a los estudiantes de enfermería' capacidad para identificar y gestionar clínicamente 'en riesgo'pacientes. *Nurse Education Today* 2010; 30 (6): 515-520.
- Lundberg C, Warren J, Brokel J y col. Seleccionar una terminología estandarizada para la historia clínica electrónica que revele el impacto de la enfermería en la atención al paciente. *Online J Nurs Inform* 2008; 12 (2). Disponible en:http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf
- Matos FGOA, Cruz DALM. Desarrollo de un instrumento para evaluar la precisión del diagnóstico. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 1087-1095.
- Miguel S, Romeiro J, Martins H, Casaleiro T, Caldeira S, Herdman TH. "Solicite el uso de términos axiales": Hacia la integridad de las etiquetas de diagnósticos de enfermería de NANDA-I. *Int J Nurs Knowl* 2019; 30 (3): 131-136.
- Nimboriboonporn A, Chuthapisith S. Reconstrucción del complejo areola-pezones. *Gland Surg* 2014; 3 (1): 35-42.<https://doi.org/10.3978/j.issn.2227-684X.2014.02.06>.
- Prensa de la Universidad de Oxford. Oxford English Living Dictionary en línea. Oxford University Press: Oxford, 2017. Disponible en:<https://en.oxforddictionaries.com>.
- Paans W, Nieweg RMB, van der Schans CP, Sermeus W. ¿Qué factores influyen en la prevalencia y precisión de la documentación de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica? Una revisión sistemática de la literatura. *J Clin Nurs* 2011; 20 (17-18): 2386-2403. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21676043/>.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Promoción de la salud en la práctica de enfermería. 5ª ed. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Pearson Prentice-Hall, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Definición de términos clave. 2013. Disponible en:<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: lactante, recién nacido. 2013. Disponible en:http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/.

11 Glosario de términos

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takáo Lopes

11.1 Diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de vida, o una susceptibilidad a esa respuesta, que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los cuales la enfermera tiene responsabilidad (aprobado en la Novena Conferencia de NANDA; enmendado en 2009, 2013 y 2019).

11.1.1 Diagnóstico de enfermería centrado en el problema

Un juicio clínico sobre una respuesta humana indeseable a las condiciones de salud / procesos de vida que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

Para diagnosticar una respuesta humana, un diagnóstico centrado en el problema, debe estar presente lo siguiente: características definitorias que se agrupan en patrones de señales o inferencias relacionadas y factores relacionados.

11.1.2 Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud

Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

Estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar comportamientos de salud específicos y se pueden utilizar en cualquier estado de salud. En las personas que no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y actuar sobre el cliente's nombre. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

Para diagnosticar una respuesta humana como un diagnóstico de promoción de la salud, debe estar presente lo siguiente: características definitorias que se agrupan en patrones de señales o inferencias relacionadas que reflejan un deseo de mejorar una conducta o respuesta actual, o que representan tal posibilidad en los pacientes que no pueden expresar su propia disposición.

11.1.3 Diagnóstico de enfermería de riesgo

Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a las condiciones de salud / procesos de vida que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

Para diagnosticar un diagnóstico de riesgo, debe estar presente lo siguiente: factores de riesgo que contribuyen a una mayor susceptibilidad.

11.1.4 Síndrome

Un juicio clínico sobre un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y que es mejor abordarlos juntos y mediante intervenciones similares.

Para diagnosticar un diagnóstico de síndrome debe estar presente: características definitorias, que deben ser dos o más diagnósticos de enfermería, y factores relacionados. Se pueden utilizar otras características definitorias que no sean diagnósticos de enfermería, siempre que se puedan utilizar intervenciones similares para abordarlas.

11.2 Ejes de diagnóstico

11.2.1 Eje

Un eje se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso de diagnóstico. Hay siete ejes que son paralelos al Modelo de Referencia de Normas Internacionales para un Diagnóstico de Enfermería.

- Eje 1: el foco del diagnóstico
- Eje 2: sujeto del diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidador, comunidad)
- Eje 3: juicio (deteriorado, inefectivo, etc.)
- Eje 4: ubicación (vejiga, auditiva, cerebral, etc.)
- Eje 5: edad (recién nacido, lactante, niño, adulto, etc.)
- Eje 6: tiempo (crónico, agudo, intermitente)
- Eje 7: estado del diagnóstico (centrado en el problema, riesgo, promoción de la salud).

Los ejes están representados en las etiquetas de los diagnósticos de enfermería a través de sus términos. En algunos casos, se nombran explícitamente, como con los diagnósticos enfafrontamiento comunitario efectivo y afrontamiento familiar comprometido, en el que el sujeto del diagnóstico se nombra utilizando los dos términos "comunidad" y "familia" tomado del Eje 2 (sujeto del diagnóstico). "Inefectivo" y "comprometido" son dos de los términos contenidos en el Eje 3 (sentencia).

En algunos casos, el eje está implícito, como es el caso del diagnóstico de tolerancia disminuida a la actividad, en el que el sujeto del diagnóstico (Eje 2) es siempre el paciente. En algunos casos, un eje puede no ser pertinente para un diagnóstico particular y, por lo tanto, no forma parte de la etiqueta de diagnóstico de enfermería. Por ejemplo, el eje del tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnósticos sin identificación explícita del sujeto del diagnóstico, puede


Sería útil recordar que NANDA-I define al paciente como "un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad".

El Eje 1 (el foco del diagnóstico) y el Eje 3 (el juicio) son componentes esenciales de un diagnóstico de enfermería. En algunos casos, sin embargo, el enfoque del diagnóstico contiene el juicio (p. Ej., Náuseas); en estos casos, la sentencia no se separa explícitamente en la etiqueta de diagnóstico. El Eje 2 (objeto del diagnóstico) también es imprescindible, aunque, como se ha descrito anteriormente, puede estar implícito y por tanto no incluirse en la etiqueta. El DDC requiere estos ejes para la sumisión; los otros ejes pueden utilizarse cuando sea pertinente para mayor claridad.

11.2.2 Definiciones de los ejes

Eje 1: Enfoque del diagnóstico

El foco del diagnóstico es el elemento principal o la parte fundamental y esencial, la raíz, del concepto diagnóstico. Describe el "respuesta humana" ese es el núcleo del diagnóstico.

El enfoque del diagnóstico puede consistir en uno o más sustantivos. Cuando se usa más de un sustantivo (p. Ej., Regulación del estado de ánimo), cada uno aporta un significado único al enfoque del diagnóstico, como si los dos fueran un solo sustantivo; el significado del término combinado, sin embargo, es diferente de cuando los sustantivos se expresan por separado. Con frecuencia, se puede usar un adjetivo (espiritual) con un sustantivo (angustia) para denotar el foco del diagnóstico angustia espiritual (ver  Tabla 10.1).

Eje 2: Objeto del diagnóstico


La (s) persona (s) para quienes se determina un diagnóstico de enfermería. Los términos en Axis

2 que representan la definición de NANDA-I de "paciente" son los siguientes:

- Individuo: un solo ser humano distinto de los demás, una persona
- Cuidador: miembro de la familia o ayudante que cuida regularmente a un niño o un persona enferma, anciana o discapacitada
- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, percibir obligaciones recíprocas, percibir un significado común y compartir ciertas obligaciones hacia los demás; relacionados por sangre y / o elección
- Grupo: varias personas con características compartidas
- Comunidad: un grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobernanca; los ejemplos incluyen barrios y ciudades.

Eje 3: Juicio

Un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del enfoque del diagnóstico. El enfoque del diagnóstico junto con la

enfermera.'El juicio al respecto forma el diagnóstico. Los términos del Eje 3 se encuentran en  Cuadro 10.2.

Eje 4: Ubicación

Describe las partes / regiones del cuerpo y / o sus funciones relacionadas - todos los tejidos, órganos, sitios anatómicos o estructuras. Para conocer las ubicaciones en el Eje 4, consulte

► Cuadro 10.3.

Eje 5: Edad

Se refiere al grupo de edad de la persona objeto del diagnóstico (Eje 2). Los términos del Eje 5 se indican a continuación, con todas las definiciones, excepto la de adulto mayor, extraídas de la Organización Mundial de la Salud (2013):

- Feto: ser humano por nacer más de 8 semanas después de la concepción, hasta el nacimiento.
- Recién nacido: persona <28 días de edad
- Bebé: niño <1 año de edad
- Niño: persona \leq 19 años de edad a menos que la legislación nacional defina que una persona un adulto a una edad más temprana
- Adolescente: persona de 10 a 19 años, inclusive
- Adulto: persona > 19 años de edad, a menos que la legislación nacional defina a una persona como ser un adulto a una edad más temprana
- Adulto mayor: persona 65-84 años de edad
- Adulto mayor: persona \geq años de edad.

Eje 6: Tiempo

Describe la duración del concepto de diagnóstico (Eje 1). Los términos del Eje 6 son los siguientes:

- Agudo: <3 meses
- Crónico: duradero > 3 meses
- Intermitente: parada o arranque a intervalos, periódica, cíclica
- Continuo: ininterrumpido, sin parar

Eje 7: Estado del diagnóstico

Se refiere a la actualidad o potencialidad del problema / síndrome o oportunidad de promoción de la salud a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los términos del Eje 7 son centrado en el problema, promoción de la salud, riesgo.

11.3 Componentes de un diagnóstico de enfermería

11.3.1 Etiqueta de diagnóstico

Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo, el enfoque del diagnóstico (del Eje 1) y el juicio de enfermería (del Eje 3). Es un término o frase conciso que representa un patrón de señales relacionadas. Puede incluir modificadores.

11.3.2 Definición

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarse de diagnósticos similares.

11.3.3 Definición de características

Indicaciones / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico o síndrome de promoción de la salud centrado en un problema. Esto implica no solo las cosas que la enfermera puede ver, sino también las cosas que se ven, oyen (por ejemplo, el paciente o la familia nos dice), se tocan o se huelen.

11.3.4 Factores de riesgo

Factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable. Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y, siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas a estos factores.

11.3.5 Factores relacionados

Se ha demostrado que los factores antecedentes tienen una relación pautada con la respuesta humana. Dichos factores pueden describirse como asociados, relacionados o contribuyentes a esa respuesta. Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y, siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas a estos factores etiológicos. Los diagnósticos y síndromes de enfermería centrados en problemas deben tener factores relacionados; Los diagnósticos de promoción de la salud pueden tener factores relacionados, si ayudan a aclarar el diagnóstico.

11.3.6 Poblaciones en riesgo

Grupos de personas que comparten características sociodemográficas, antecedentes de salud / familiares, etapas de crecimiento / desarrollo, exposición a ciertos eventos / experiencias que hacen que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana particular. Estas características no son modificables por intervenciones de enfermería independientes.

11.3.7 Condiciones asociadas

Diagnósticos médicos, procedimientos de diagnóstico / quirúrgicos, dispositivos médicos / quirúrgicos o preparaciones farmacéuticas; estas condiciones son modificables mediante intervenciones de enfermería independientes.

11.4 Definiciones de términos asociados con diagnósticos de enfermería

11.4.1 Intervenciones de enfermería independientes

Intervenciones que pueden ser iniciadas por el profesional de enfermería que van más allá del seguimiento básico, derivación a otros profesionales, cumplimiento del protocolo organizacional y / o que no requieren órdenes de otros profesionales de la salud. Están sancionados por leyes o reglamentos de práctica profesional de enfermería.

11.4.2 Resultados sensibles a la enfermería

Estado, comportamientos o percepciones mensurables del individuo, el cuidador, el grupo, la familia o la comunidad en respuesta a las intervenciones de enfermería.

11.4.3 Plan de cuidados de enfermería

Incluye diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones de enfermería individualizadas, basadas en una evaluación de enfermería completa y comprensión de las metas y deseos del individuo, cuidador, grupo, familia o comunidad que recibe la atención.

11.5 Definiciones para la clasificación de los diagnósticos de enfermería

11.5.1 Clasificación

La disposición de los fenómenos relacionados en grupos taxonómicos de acuerdo con sus similitudes observadas; una categoría en la que se incluye algo (English Oxford Living Dictionary Online 2020).

11.5.2 Nivel de abstracción

Describe la concreción / abstracción de un concepto:

- Los conceptos muy abstractos son teóricos, pueden no ser medibles directamente, son definidas por conceptos concretos, incluyen conceptos concretos, están disociadas de cualquier instancia específica, son independientes del tiempo y el espacio, tienen descriptores más generales y pueden no ser clínicamente útiles para planificar el tratamiento.
- Los conceptos concretos son observables y medibles, limitados por el tiempo y espacio, constituyen una categoría específica, son más exclusivos, nombran una cosa real o una clase de cosas, están restringidos por naturaleza y pueden ser clínicamente útiles para planificar el tratamiento.

11.5.3 Terminología

El conjunto de términos utilizados con una aplicación técnica particular en un tema de estudio, profesión, etc. (English Oxford Living Dictionary Online 2020).

11.5.4 Taxonomía

La rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación, especialmente de organismos; sistemática (English Oxford Living Dictionary Online 2020).

11.6 Referencias

Prensa de la Universidad de Oxford. English Oxford Living Dictionary Online, versión británica y mundial. 2017. Disponible en:<https://en.oxforddictionaries.com>.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Promoción de la salud en la práctica de enfermería. 5ª ed.

Upper Saddle River, Nueva Jersey: Pearson Prentice-Hall, 2006.

Organización Mundial de la Salud. Definición de términos clave. 2013. Disponible en:<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: lactante, recién nacido. 2013. Disponible en:<https://www.who.int/infant-newborn/en/>.

Parte 4

Los diagnósticos internacionales de enfermería de NANDA

Dominio 1.	Promoción de la salud	187
Dominio 2.	Nutrición	211
Dominio 3.	Eliminación e intercambio	247
Dominio 4.	Actividad / descanso	271
Dominio 5.	Percepción / cognición	323
Dominio 6.	Autopercepción	339
Dominio 7.	Relación de roles	357
Dominio 8.	Sexualidad	385
Dominio 9.	Afrontamiento / tolerancia al estrés	393
Dominio 10.	Principios de vida	447
Dominio 11.	Medida de seguridad	463
Dominio 12.	Comodidad	549
Dominio 13.	Desarrollo del crecimiento	567

Dominio 1.

Promoción de la salud

La conciencia del bienestar o la normalidad de la función y las estrategias utilizadas para mantener el control y mejorar ese bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1. Conciencia acerca de la salud

Reconocimiento de la función normal y el bienestar.

Código	Diagnóstico	Página
00097	Disminución de la participación en actividades de diversion	188
00262	Preparación para mejorar la alfabetización en salud	189
00168	Estilo de vida sedentario	190

Clase 2. Manejo de la salud

Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar

Código	Diagnóstico	Página
00290	Riesgo de intento de fuga	192
00257	Síndrome del anciano frágil	193
00231	Riesgo de síndrome del anciano frágil	195
00307	Preparación para una mayor participación en el ejercicio	196
00215	Salud comunitaria deficiente	197
00188	Comportamiento de salud propenso a riesgos	198
00292	Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud	199
00276	Autogestión ineficaz de la salud	201
00293	Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud	203
00294	Autogestión ineficaz de la salud familiar	204
00300	Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar	206
00308	Riesgo de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar	207
00309	Preparación para comportamientos mejorados de mantenimiento del hogar	208
00043	Protección ineficaz	209

Dominio 1 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00097

Disminución de la participación en actividades de diversion

Enfoque del diagnóstico: participación en actividades alternativas Aprobado en 1980 • Revisado en 2017 •
Nivel de evidencia 2.1

Definición

Reducción de la estimulación, el interés o la participación en actividades recreativas o de esparcimiento.

Definir características

- Estado de ánimo alterado
- Aburrimiento
- Expresa descontento con situación
- A ecto plano
- Siestas frecuentes
- Desacondicionamiento físico

Factores relacionados

- El entorno actual no permite la participación en actividades
- Limitaciones ambientales
- Movilidad física deteriorada
- Actividades disponibles inadecuadas
- Motivación inadecuada
- Resistencia física insuficiente
- Malestar físico
- Trastorno sicologico

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas
- Individuos que experimentan pro-hospitalización anhelada
- Individuos que experimentan institucionalización prolongada

Condiciones asociadas

- Restricciones de movimiento prescritas
- Aislamiento terapéutico

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 1 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00262

Preparación para mejorar la alfabetización en salud

Enfoque del diagnóstico: alfabetización en salud

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de uso y desarrollo de un conjunto de habilidades y competencias (alfabetización, conocimiento, motivación, cultura y lenguaje) para encontrar, comprender, evaluar y usar información y conceptos de salud para tomar decisiones de salud diarias para promover y mantener la salud, disminuir los riesgos de salud y mejorar la calidad de vida en general, lo que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la capacidad de leer, escribir, hablar e interpretar números para las necesidades de salud diarias.
- Expresa el deseo de mejorar la conciencia de los procesos cívicos y / o gubernamentales que tienen un impacto en la salud pública.
- Expresa su deseo de mejorar la comunicación de salud con los proveedores de atención médica.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento de los determinantes actuales de la salud en los entornos social y físico.
- Expresa el deseo de mejorar la toma de decisiones de atención médica personal
- Expresa el deseo de mejorar el apoyo social para la salud.
- Expresa su deseo de mejorar la comprensión de las costumbres y creencias para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Expresa su deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Expresa su deseo de obtener información suficiente para navegar por el sistema de atención médica.

Dominio 1 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00168

Estilo de vida sedentario

Enfoque del diagnóstico: estilo de vida

Aprobado en 2004 • Revisado en 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Un modo de comportamiento adquirido que se caracteriza por actividades durante las horas de vigilia que requieren un bajo gasto energético.

Definir características

- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Elige una rutina diaria sin ejercicio físico
- No hace ejercicio durante el tiempo libre
- Expresa preferencia por baja actividad física
- Realiza la mayoría de las tareas en una postura reclinada.
- Realiza la mayoría de las tareas en una postura sentada.
- Descondicionamiento físico

Factores relacionados

- Conflicto entre creencias culturales y prácticas de salud.
- Disminución de la tolerancia a la actividad.
- Dificultad para adaptar áreas para la actividad física
- Supera las recomendaciones de edad frente a la pantalla.
- Movilidad física deteriorada
- Interés inadecuado por la actividad física
- Conocimiento inadecuado de las consecuencias del sedentarismo.
- Conocimiento inadecuado de los beneficios para la salud asociados con la actividad física.
- Motivación inadecuada para la actividad física
- Recursos inadecuados para la actividad física.
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Habilidades inadecuadas de gestión del tiempo.
- Entrenamiento inadecuado para el ejercicio físico
- Baja autoeficacia
- Baja autoestima
- Afecto negativo hacia la actividad física
- Dolor
- Prácticas de crianza que inhiben la actividad física del niño.
- Discapacidad física percibida
- Riesgo de seguridad percibido

Población en riesgo

- Adolescentes
- Individuos de ≥ 60 años
- Individuos que viven en áreas urbanas
- Individuos con alto nivel educativo nivel
- Personas con alto nivel socioeco-

- Personas que viven en pareja

estado económico

- Individuos con tiempo significativo limitaciones
- Individuos casados
- Mujeres

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00290

Riesgo de intento de fuga

Foco del diagnóstico: intento de fuga
Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de abandonar un centro de atención médica o un área designada en contra de las recomendaciones o sin comunicarse con los profesionales de la salud o los cuidadores, lo que puede comprometer la seguridad y / o la salud.

Factores de riesgo

- Comportamientos de ira
- Insatisfacción con la situación actual
- Comportamiento de búsqueda de salida
- Frustración por la demora en el régimen de tratamiento
- Vigilancia inadecuada del cuidador
- Interés inadecuado en mejorar la salud
- Apoyo social inadecuado
- Complejidad percibida del régimen de tratamiento
- Responsabilidades familiares excesivas percibidas
- Responsabilidad excesiva percibida lazos en las relaciones interpersonales
- Falta de seguridad percibida en el entorno circundante
- Vagabundeo persistente
- Agitación psicomotora
- Intención de autolesión
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente
- Individuos sin hogar
- Individuos traídos a designado área en contra de sus propios deseos
- Personas que solicitan con frecuencia descarga
- Individuos hospitalizados <tres semanas
- Personas con antecedentes de fuga
- Personas con antecedentes de no adherencia al régimen de tratamiento
- Individuos con historia de auto-dañar
- Personas con discapacidad
- Hombres
- Adultos mayores con cognitiva trastornos
- Individuos desempleados
- Adultos jóvenes

Condiciones asociadas

- Desorden del espectro autista
- Discapacidades del desarrollo
- Desordenes mentales

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00257

Síndrome del anciano frágil

Enfoque del diagnóstico: síndrome del anciano frágil

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al individuo mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (físico, funcional, psicológico o social) y conduce a una mayor susceptibilidad a efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad.

Definir características

- Déficit de autocuidado en el baño (00108)
 - Disminución de la tolerancia a la actividad. (00298)
- Disminución del gasto cardíaco (00029)
- Vestirse déficit de autocuidado (00109)
 - Fatiga (00093)
- Déficit de autocuidado alimentario (00102)
- Desesperanza (00124)
- Nutrición desequilibrada: menos de requisitos corporales (00002)
- Memoria deteriorada (00131)
- Movilidad física alterada (00085)
 - Discapacidad para caminar (00088)
 - Aislamiento social (00053)
- Déficit de autocuidado en el aseo (00110)

Factores relacionados

- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Energía disminuida
 - Disminución de la fuerza muscular.
- Agotamiento
- Miedo a caer
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Apoyo social inadecuado
- Desnutrición
 - Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad
- Tristeza
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas mayores de 70 años
- Personas que experimentan una hospitalización prolongada
- Individuos para quienes caminar 15 pies requiere > 6 segundos (4 metros > 5 segundos)

- Personas que viven solas
- Personas que viven en espacios reducidos

- Personas con antecedentes de caídas
- Personas con bajo nivel educativo

- Personas con pérdida involuntaria del 25% del peso corporal durante un año
- Personas con pérdida de peso no intencional > 10 libras (> 4,5 kg) en un año

- Individuos socialmente vulnerables
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Anorexia
- Trastornos de la coagulación sanguínea
- Enfermedad crónica
- Disminución de 25-hidroxivita-concentración min D
- Depresión
- Disfunción reguladora endocrina

- Desordenes mentales
- Sarcopenia
- Obesidad sarcopénica
- Trastornos de la sensibilidad
- Inflamatorio suprimido respuesta

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00231

Riesgo de síndrome del anciano frágil

Enfoque del diagnóstico: síndrome del anciano frágil

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al individuo mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (físico, funcional, psicológico o social) y conduce a una mayor susceptibilidad a los efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad.

Factores de riesgo

- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Disminución de energía
- Disminución de la fuerza muscular.
- Agotamiento
- Miedo a caer
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Apoyo social inadecuado
- desnutrición
- Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad
- Tristeza
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas mayores de 70 años
- Personas que experimentan una hospitalización prolongada
- Individuos para quienes caminar 15 pies requiere > 6 segundos (4 metros > 5 segundos)
- Personas que viven solas
- Personas que viven en espacios reducidos
- Personas con antecedentes de caídas
- Personas con bajo nivel educativo
- Personas con pérdida involuntaria del 25% del peso corporal durante un año
- Personas con pérdida de peso no intencional > 10 libras (> 4,5 kg) en un año
- Individuos socialmente vulnerables
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Anorexia
- Trastornos de la coagulación sanguínea
- Enfermedad crónica
- Disminución de 25-hidroxivita-concentración min D
- Depresión
- Disfunción reguladora endocrina
- Desordenes mentales
- Sarcopenia
- Obesidad sarcopénica
- Trastornos de la sensibilidad
- Respuesta inflamatoria suprimida

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00307

Preparación para una mayor participación en el ejercicio

Enfoque del diagnóstico: compromiso con el ejercicio
Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de atención a la actividad física caracterizado por movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, que pueden fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Expresa el deseo de mejorar la competencia para interactuar con entornos físicos y sociales.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento sobre las condiciones ambientales para la participación en la actividad física.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento sobre las oportunidades grupales para participar en la actividad física.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento sobre los entornos físicos para la participación en la actividad física.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento sobre la necesidad de actividad física.
- Expresa el deseo de mejorar las habilidades físicas.
- Expresa el deseo de mejorar la apariencia física.
- Expresa el deseo de mejorar el acondicionamiento físico.
- Expresa el deseo de mantener la motivación para participar en un plan de actividad física.
- Expresa el deseo de mantener las capacidades físicas.
- Expresa el deseo de mantener el bienestar cal a través de la actividad física.
- Expresa el deseo de cumplir con las expectativas de los demás sobre los planes de actividad física.

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00215

Salud comunitaria deficiente

Foco del diagnóstico: salud

Aprobado en 2010 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud experimentados por un grupo o población.

Definir características

- Problema de salud experimentado por grupos o poblaciones
- Programa no disponible para mejorar el bienestar de un grupo o población
- Programas no disponibles para eliminar problemas de salud de un grupo o población
- Programas no disponibles para prevenir problemas de salud de un grupo o población
- Programas no disponibles para reducir los problemas de salud de un grupo o población
- Riesgo de hospitalización a un grupo o población
- Riesgo de manifestaciones fisiológicas a un grupo o población
- Riesgo de manifestaciones psicológicas a un grupo o población

Factores relacionados

- Acceso inadecuado al proveedor de atención médica
- Satisfacción inadecuada del consumidor con los programas.
- Experiencia inadecuada dentro de la comunidad
- Recursos sanitarios inadecuados
- Presupuesto por programas inadecuado
- Plan de evaluación del programa inadecuado
- Datos de resultados del programa inadecuados
- Apoyo social inadecuado para los programas
- Los programas abordan de manera incompleta los problemas de salud

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00188

Comportamiento de salud propenso a riesgos

Enfoque del diagnóstico: comportamiento de salud

Aprobado 1986 • Revisado 1998, 2006, 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Capacidad disminuida para modificar el estilo de vida y / o acciones de una manera que mejore el nivel de bienestar.

Definir características

- No lograr una sensación de control óptima
- No aceptar el cambio de estado de salud
- No tomar medidas que prevengan el problema de salud.
- fumar
- Minimiza el cambio de estado de salud
- Mal uso de sustancia

Factores relacionados

- Apoyo social inadecuado
- Percepción negativa de recomendación de estrategia de salud mejorada
- Comprensión inadecuada de información de salud
- Ansiedad social
- Baja autoeficacia
- Factores estresantes
- Percepción negativa del proveedor de atención médica

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente familiares de individuos
- Personas con antecedentes de alcoholismo

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00292

Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud

Enfoque del diagnóstico: comportamientos de mantenimiento de la salud Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Manejo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud subyacentes a las acciones de salud que no es satisfactorio para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones.

Definir características

- No tomar medidas que prevengan el problema de salud.
- No tomar medidas que reduzcan el factor de riesgo.
- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Interés inadecuado en mejorar la salud
- Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud.
- Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud.
- Patrón de falta de comportamiento de búsqueda de salud.

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Preferencias de estilo de vida que compiten
- Conflicto entre creencias culturales y prácticas de salud.
- Conflicto entre comportamientos de salud y normas sociales.
- Conflictos entre creencias espirituales y prácticas de salud.
- Síntomas depresivos
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Recursos sanitarios inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Confianza inadecuada en el profesional de la salud.
- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Habilidades de comunicación ineficaces
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Afrontamiento familiar ineficaz
- Baja autoeficacia
- Duelo inadaptado
- Manifestaciones neuroconductuales
- Prejuicio percibido
- Victimización percibida
- Angustia espiritual

Población en riesgo

- Económicamente desfavorecidos
- Individuos con historial de violencia

- individuos
- Personas de familias con ineficacia
afrentamiento familiar efectivo
- Hombres
- Adultos mayores
- Adultos jóvenes

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Discapacidades del desarrollo
- Trastornos mentales
- Trastornos de las habilidades motoras

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00276

Autogestión ineficaz de la salud

Enfoque del diagnóstico: autogestión de la salud

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.

Definir características

- Exacerbación de los signos de la enfermedad.
- Exacerbación de los síntomas de la enfermedad.
- Presenta secuelas de enfermedades
- Expresa insatisfacción con la calidad de vida.
- No asistir a las citas con el proveedor de atención médica
- No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria
- No tomar medidas que reduzcan el factor de riesgo.
- desatento a los signos de la enfermedad
- Desatento a los síntomas de la enfermedad
- Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud.

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Preferencias de estilo de vida que compiten
- Conflicto entre creencias culturales y prácticas de salud.
- Conflicto entre comportamientos de salud y normas sociales.
- Conflicto entre creencias espirituales y régimen de tratamiento.
- Disminución de la calidad de vida percibida
- Síntomas depresivos
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.
- Número inadecuado de señales para la acción
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Capacidad limitada para realizar aspectos del régimen de tratamiento.
- Baja autoeficacia
- Sentimientos negativos hacia el régimen de tratamiento
- Manifestaciones neuroconductuales
- No aceptación de la condición
- Barrera percibida al régimen de tratamiento
- Estigma social percibido asociado con la enfermedad.
- Mal uso de sustancia

- Percepción poco realista de la seriedad de condición
- Percepción poco realista de susceptibilidad a secuelas
- Percepción poco realista del beneficio

Población en riesgo

- Niños
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que experimentan reacciones adversas a los medicamentos.
- Personas con responsabilidades de cuidado
- Personas con antecedentes de autogestión ineficaz de la salud
- Personas con bajo nivel educativo
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Enfermedad asintomática
- Discapacidades del desarrollo
- Enfermedad de alta agudeza
- Trastornos neurocognitivos
- Polifarmacia
- Comorbilidad significativa

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00293

Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud

Enfoque del diagnóstico: autogestión de la salud

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de manejo satisfactorio de los síntomas, el régimen de tratamiento, las consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la aceptación de la condición.
- Expresa el deseo de mejorar las opciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- Expresa el deseo de mejorar el compromiso con la atención de seguimiento.
- Expresa el deseo de mejorar la toma de decisiones.
- Expresa el deseo de mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Expresa el deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo.
- Expresa el deseo de mejorar la gestión de signos.
- Expresa el deseo de mejorar el manejo de los síntomas.
- Expresa el deseo de mejorar el reconocimiento de los signos de la enfermedad.
- Expresa el deseo de mejorar el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con la calidad de vida.

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00294

Autogestión ineficaz de la salud familiar

Enfoque del diagnóstico: autogestión de la salud

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una condición crónica de uno o más miembros de la familia.

Definir características

- Tensión del cuidador
 - Disminución de la atención a la enfermedad en uno o más miembros de la familia.
- Síntomas depresivos del cuidador
- Exacerbación de los signos de enfermedad de uno o más miembros de la familia.
- Exacerbación de los síntomas de la enfermedad de uno o más miembros de la familia.
- No tomar medidas para reducir el factor de riesgo en uno o más miembros de la familia.
- Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud de la unidad familiar
- Uno o más miembros de la familia informan estar insatisfechos con la calidad de vida.

Factores relacionados

- Dificultad en la toma de decisiones
- Conflicto familiar
- Disfunción cognitiva
- Disfunción cognitiva de uno o más cuidadores.
- Demandas competitivas en la unidad familiar
- Preferencias de estilo de vida en competencia dentro de la unidad familiar
- Conflicto entre comportamientos de salud y normas sociales.
- Conflicto entre creencias espirituales y régimen de tratamiento.
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para lidiar con los cambios de roles asociados con la condición.
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos

- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada del cuidador
- Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.
- Número inadecuado de señales para la acción
- Apoyo social inadecuado
- Habilidades de comunicación ineficaces
- Habilidades de afrontamiento ineficaces

- Capacidad limitada para realizar aspectos del régimen de tratamiento.
- Baja autoeficacia
- Sentimientos negativos hacia el régimen de tratamiento
- No aceptación de la condición
- Barrera percibida al régimen de tratamiento
- Estigma social percibido asociado con la enfermedad.

- Mal uso de sustancia
 - Percepción poco realista de la seriedad
 - Percepción poco realista de la gravedad de la condición
 - Percepción poco realista de la susceptibilidad a secuelas
- Población en riesgo**
- Familias económicamente desfavorecidas
 - Familias con miembros que experimentan un diagnóstico tardío
 - Familias con miembros que experimentan un nivel educativo bajo
- Condiciones asociadas**
- Enfermedad crónica
 - Desórdenes mentales
- Percepción poco realista del tratamiento.
 - beneficio
 - Relaciones familiares que no apoyan
 - Familias con miembros que tienen experiencia limitada en la toma de decisiones
 - Familias con bebé prematuro
 - Trastornos neurocognitivos
 - Enfermedad terminal

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00300

Comportamientos ineficaces de mantenimiento del hogar

Enfoque del diagnóstico: conductas de mantenimiento del hogar Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón insatisfactorio de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro de la propia residencia.

Definir características

- Entorno desordenado
- Dificultad para mantener una comodidad-entorno capaz
- No solicitar asistencia con mantenimiento del hogar
- Ansiedad relacionada con las tareas en el hogar
- Estrés relacionado con las tareas en el hogar
- Capacidad deteriorada para regular las finanzas.
- Afecto negativo hacia el hogar
- mantenimiento
- Lavandería descuidada
- Patrón de higiene enfermedades
- Acumulación de basura
- Equipo de cocina inseguro
- Ambiente insalubre

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Síntomas depresivos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Limitaciones ambientales
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado del mantenimiento del hogar.
- Conocimiento inadecuado de los recursos sociales
- Habilidades organizativas inadecuadas
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Resistencia física insuficiente
- Manifestaciones neuroconductuales
- impotencia
- Trastorno sicologico

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que viven solas
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- depresión
- Desórdenes mentales
- Neoplasias
- Trastornos neurocognitivos
- trastornos de la sensibilidad
- Enfermedades vasculares

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00308

Riesgo de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar

Enfoque del diagnóstico: conductas de mantenimiento del hogar Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a un patrón insatisfactorio de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro de la propia residencia, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Síntomas depresivos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Limitaciones ambientales
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado del mantenimiento del hogar.
- Conocimiento inadecuado de los recursos sociales
- Habilidades organizativas inadecuadas
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Resistencia física insuficiente
- Manifestaciones neuroconductuales
- impotencia
- Trastorno sicologico

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que viven solas
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Depresión
- Trastornos neurocognitivos
- Desordenes mentales
- Trastornos de la sensibilidad
- Neoplasias
- Enfermedades vasculares

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00309

Preparación para comportamientos mejorados de mantenimiento del hogar

Enfoque del diagnóstico: conductas de mantenimiento del hogar Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro de la propia residencia, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar el afecto hacia las tareas del hogar.
 - Expresa el deseo de mejorar la actitud hacia el mantenimiento del hogar.
- Expresa el deseo de mejorar la comodidad del medio ambiente.
- Expresa el deseo de mejorar la seguridad del hogar.
- Expresa el deseo de mejorar la higiene del hogar.
- Expresa el deseo de mejorar las habilidades de gestión de la lavandería.
- Expresa el deseo de mejorar las habilidades organizativas.
- Expresa su deseo de mejorar la regulación de las finanzas.
- Expresa el deseo de mejorar la gestión de la basura.

Dominio 1 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00043

Protección ineficaz

Foco del diagnóstico: protección

Aprobado en 1990 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Disminución de la capacidad de protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

Definir características

- Sudoración alterada
- Anorexia
- Relajado
- Toser
- Desorientación
- Disnea
- Expresa picazón
- Fatiga
- Movilidad física deteriorada
- Cicatrización de tejidos deteriorada
- Insomnio
- Leucopenia
- Nivel de hemoglobina sérica bajo
- Respuesta al estrés desadaptativo
- Deterioro neurosensorial
- Lesión por presión
- Agitación psicomotora
- Trombocitopenia
- Debilidad

Factores relacionados

- Síntomas depresivos
- Dificultad en el manejo de tratamientos complejos
- Desesperación
- Vacunación inadecuada
- Autogestión ineficaz de la salud
- administración
- Baja autoeficacia
- Desnutrición
- Desacondicionamiento físico
- Mal uso de sustancia

Condiciones asociadas

- Trastornos de la coagulación sanguínea
- Enfermedades del sistema inmunológico
- Neoplasias
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

Dominio 2. Nutrición

Las actividades de absorber, asimilar y usar nutrientes con el propósito de mantener los tejidos, repararlos y producir energía.

Clase 1. Ingestión Llevar alimentos o nutrientes al cuerpo.

Código	Diagnóstico	Página
00002	Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales	213
00163	Preparación para una nutrición mejorada	215
00216	Producción insuficiente de leche materna	216
00104	Lactancia materna ineficaz	217
00105	Lactancia materna interrumpida	219
00106	Preparación para una mejor lactancia materna	220
00269	Dinámica ineficaz de alimentación de los adolescentes	221
00270	Dinámica ineficaz de alimentación infantil	222
00271	Dinámica ineficaz de la alimentación infantil	224
00232	Obesidad	226
00233	Exceso de peso	228
00234	Riesgo de sobrepeso	230
00295	Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante	232
00103	Tragar deficiente	234

Clase 2. Digestión Las actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y asimilación

Código	Diagnóstico	Página
	Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	a

Clase 3. Absorción

El acto de absorber nutrientes a través de los tejidos corporales.

Código	Diagnóstico	Página
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.		

Clase 4. Metabolismo

Los procesos químicos y físicos que ocurren en la vida. organismos y células para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de residuos y energía, con el liberación de energía para todos los procesos vitales

Código	Diagnóstico	Página
00179	Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable	236
00194	Hiperbilirrubinemia neonatal	238
00230	Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal	239
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	240
00296	Riesgo de síndrome metabólico	241

Clase 5. Hidratación

La ingesta y absorción de líquidos y electrolitos.

Código	Diagnóstico	Página
00195	Riesgo de desequilibrio electrolítico	242
00025	Riesgo de volumen de líquido desequilibrado	243
00027	Volumen de líquido deficiente	244
00028	Riesgo de volumen de líquido deficiente	245
00026	Exceso de volumen de líquido	246

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00002

Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales

Enfoque del diagnóstico: nutrición equilibrada

Aprobado en 1975 • Revisado en 2000, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Ingesta de nutrientes insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas.

Definir características

- Calambre abdominal
- Dolor abdominal
- Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo
- Fragilidad capilar
- Estreñimiento
- Curación tardía de heridas
- Diarrea
- Pérdida excesiva de cabello
- Ingesta de alimentos inferior a la cantidad diaria recomendada (RDA)
- Ruidos intestinales hiperactivos
- hipoglucemia
- Crecimiento inadecuado de la circunferencia de la cabeza para la edad y el sexo
- Aumento de altura inadecuado para la edad y el sexo.
- letargo
- Hipotonía muscular
- Aumento de peso neonatal <30 g por día
- Membranas mucosas pálidas
- Pérdida de peso con una ingesta adecuada de alimentos.

Factores relacionados

- Percepción del gusto alterada
- Síntomas depresivos
- Dificultad para tragar
- Aversión a la comida
- Información inexacta
- Suministro inadecuado de alimentos
- Interés inadecuado por la comida
- Conocimiento inadecuado de las necesidades de nutrientes.
- Cavidad bucal lesionada
- Producción insuficiente de leche materna
- Lactancia materna interrumpida
- Percepción errónea sobre la capacidad para ingerir alimentos.
- Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos.
- Dolor en la cavidad bucal
- Músculos debilitados necesarios para tragar
- Debilitamiento de los músculos necesarios para la masticación.

Población en riesgo

- Atletas competitivos
- Individuos desplazados
- Desfavorecidos
- económicamente individuos
- Individuos con bajo nivel educativo
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Trastornos dismórficos corporales
- Enfermedades del sistema digestivo
- Inmunosupresión
- Kwashiorkor
- Síndromes de malabsorción.
- Desordenes mentales
- Neoplasias
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos parasitarios

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00163

Preparación para una nutrición mejorada

Enfoque del diagnóstico: nutrición

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de ingesta de nutrientes, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la nutrición.

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00216

Producción insuficiente de leche materna

Enfoque del diagnóstico: producción de leche materna

Aprobado 2010 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Suministro inadecuado de leche materna para apoyar el estado nutricional de un lactante o niño.

Definir características

- Ausencia de producción de leche con estimulación del pezón.
- La leche materna extraída es menor que el volumen prescrito para bebés
- Retraso en la producción de leche
- Estreñimiento infantil
- Bebé que llora con frecuencia
- El bebé busca con frecuencia succionar del pecho.
- El bebé se niega a mamar del pecho
- El bebé evacua pequeñas cantidades de orina concentrada.
- Aumento de peso infantil <500 g en un mes
- Prolongación del tiempo de lactancia
- Succión insostenida del pecho.

Factores relacionados

- Enganche ineficaz al pecho
- Reflejo de succión ineficaz
- Rechazo del bebé a amamantar
- Volumen insuficiente de líquido materno
- Oportunidad insuficiente para chupar-
ling en el pecho
- Insu ciente tiempo de succión en el pecho.
- Consumo materno de alcohol
- Desnutrición materna
- Tabaquismo materno
- Régimen de tratamiento materno

Población en riesgo

- Mujeres que quedan embarazadas durante la lactancia.

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00104

Lactancia materna ineficaz

Enfoque del diagnóstico: lactancia materna

Aprobado en 1988 • Revisado en 2010, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Dificultad para proporcionar leche materna, que puede comprometer el estado nutricional del lactante / niño.

Definir características

Bebé o niño

- Arqueamiento en el pecho
- Llorando en el pecho
- Llorar dentro de una hora después de amamantar.
- Molestias dentro de una hora después de amamantar
- Incapacidad para agarrarse correctamente al seno materno
- deposiciones inadecuadas
- Aumento de peso inadecuado
- Resistir el agarre al pecho
- Pérdida de peso sostenida
- No responde a otras medidas de comodidad
- Succión insostenida del pecho.

Madre

- Vaciado insuficiente de cada pecho durante la lactancia.
- Signos insuficientes de liberación de oxitocina
- Suministro de leche inadecuado percibido
- Pezones doloridos que persisten más allá de la primera semana

Factores relacionados

- Lactogénesis tardía en estadio II
- Apoyo familiar inadecuado
- Conocimiento de los padres inadecuado sobre las técnicas de lactancia
- Conocimiento de los padres inadecuado sobre la importancia de la lactancia materna
- Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante
- Producción insuficiente de leche materna
- Oportunidad insuficiente para succionar del pecho
- Lactancia materna interrumpida
- Ambivalencia materna
- Ansiedad materna
- Anomalía mamaria materna
- Fatiga materna
- Obesidad materna
- Dolor materno
- Uso de chupete
- Alimentaciones suplementarias con tetina artificial

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de cirugía de mama
- Personas con antecedentes de insuficiencia de lactancia
- Madres de bebés prematuros
- Bebés prematuros
- Mujeres con baja baja por maternidad

Condiciones asociadas

- Defecto orofaríngeo

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00105

Lactancia materna interrumpida

Enfoque del diagnóstico: lactancia materna

Aprobado en 1992 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Interrumpir la continuidad de la alimentación con leche de los senos, lo que puede comprometer el éxito de la lactancia materna y / o el estado nutricional del bebé / niño.

Definir características

- Lactancia materna no exclusiva

Factores relacionados

- Destete abrupto del lactante
- Separación materno-infantil

Población en riesgo

- Madres empleadas
- Lactantes hospitalizados
- Niños hospitalizados
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Contraindicaciones para la lactancia materna.
- Enfermedad materna
- Enfermedad infantil

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00106

Preparación para una mejor lactancia materna

Enfoque del diagnóstico: lactancia materna

Aprobado en 1990 • Revisado en 2010, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Un patrón de proporcionar leche de los senos a un bebé o niño, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la capacidad. - Expresa el deseo de mejorar la capacidad.
- amamantar exclusivamente para proporcionar leche materna a los niños necesidades nutricionales

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00269

Dinámica ineficaz de alimentación de los adolescentes

Enfoque del diagnóstico: dinámica de la alimentación

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Actitudes y comportamientos alterados que resultan en patrones de alimentación excesivos o insuficientes que comprometen la salud nutricional.

Definir características

- Evita la participación en las comidas regulares.
- Se queja de hambre entre comidas.
- Síntomas depresivos
- Rechazo de alimentos
- Refrigerios frecuentes
- Consume comida rápida con frecuencia
- Consumir alimentos procesados con frecuencia.
- Come alimentos de baja calidad con frecuencia.
- Apetito inadecuado
- Comer en exceso
- No comer

Factores relacionados

- Relaciones familiares alteradas
- Ansiedad
- Cambios en la autoestima al entrar en la pubertad.
- Desorden alimenticio
- Comer de forma aislada
- Control excesivo de las comidas familiares
- Estrés excesivo
- Hábitos dietéticos inadecuados
- Hora de comer irregular
- Influencia de los medios de comunicación en los comportamientos alimentarios de alimentos no saludables con alto contenido calórico
- Influencia de los medios en el conocimiento de alimentos no saludables con alto contenido calórico
- Influencias negativas de los padres en los comportamientos alimentarios.
- Descuido psicológico
- Horas de comida estresantes
- Abuso no abordado

Condiciones asociadas

- Depresión
- Trastorno psiquiátrico de los padres
- Desafío físico al comer
- Desafío físico con la alimentación.
- Problema de salud física de los padres
- Problema de salud psicológica de padre

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00270

Dinámica ineficaz de alimentación infantil

Enfoque del diagnóstico: dinámica de la alimentación

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Actitudes, comportamientos e influencias alterados en los patrones de alimentación que dan como resultado una salud nutricional comprometida.

Definir características

- Evita la participación en las comidas regulares.
- Se queja de hambre entre comidas.
- Rechazo de alimentos
- Refrigerios frecuentes
- Consume comida rápida con frecuencia
- Consumir alimentos procesados con frecuencia.
- Come alimentos de baja calidad con frecuencia.
- Apetito inadecuado
- Comer en exceso
- No comer

Factores relacionados

De los padres

Hábito alimenticio

- anorexia

- Patrones de hábitos alimentarios anormales
- Sobornar al niño para que coma
- Consumo de grandes volúmenes de alimentos en un corto período de tiempo.
- Comer de forma aislada
- Control parental excesivo sobre la experiencia alimentaria del niño.
- Control parental excesivo sobre la hora de comer en familia
- Obligar al niño a comer

Proceso familiar

- Relaciones interpersonales abusivas
- Relaciones ansiosas entre padres e hijos
- Paternidad sin compromiso
- Relaciones hostiles entre padres e hijos

- Hábitos dietéticos inadecuados
- Falta de horarios regulares para las comidas
- Limitar la alimentación del niño
- Recompensar al niño por comer
- Horas de comida estresantes
- Patrones de alimentación impredecibles
- Ingesta no estructurada de snacks entre horas.

- Relaciones inseguras entre padres e hijos
- Crianza intrusiva
- Relaciones tensas entre padres e hijos
- Paternidad no involucrada

- Incapacidad para dividir la responsabilidad alimentaria entre padres e hijos

- Incapacidad para dividir la responsabilidad de la alimentación entre padres e hijos
- Incapacidad para apoyar patrones de alimentación saludables.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces

- Falta de confianza en el niño para desarrollar hábitos alimenticios saludables.
- Falta de confianza en el niño para crecer adecuadamente.
- Mal uso de sustancia

Factores ambientales no modificados

- Influencia de los medios de comunicación en los comportamientos alimentarios de alimentos no saludables con alto contenido calórico

- Influencia de los medios en el conocimiento de alimentos no saludables con alto contenido calórico

Población en riesgo

- Niños nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Niños sin hogar

- Niños que experimentan una transición de vida.
- Niños que viven en hogares de acogida
- Niños cuyos padres son obesos

Condiciones asociadas

- Depresión
- Trastorno psiquiátrico de los padres
- Desafío físico al comer
- Desafío físico con la alimentación.

- Problema de salud física de los padres
- Problema de salud psicológica de padre

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00271

Dinámica ineficaz de la alimentación infantil

Enfoque del diagnóstico: dinámica de la alimentación

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Comportamientos de alimentación de los padres alterados que resultan en patrones de alimentación excesivos o insuficientes.

Definir características

- Rechazo de alimentos
- Apetito inadecuado
- Transición inapropiada a alimentos sólidos
- Comer en exceso
- No comer

Factores relacionados

- Relaciones interpersonales abusivas
- Problemas de apego
- Paternidad sin compromiso
- Crianza intrusiva
 - Falta de confianza en el niño para desarrollar hábitos alimenticios saludables.
- Falta de confianza en el niño para crecer adecuadamente.
- Falta de conocimiento de los métodos apropiados de alimentación del lactante para cada etapa de desarrollo.
- Falta de conocimiento de las etapas de desarrollo del bebé.
 - Falta de conocimiento de la responsabilidad de los padres en la alimentación infantil.
- Influencia de los medios de comunicación en la alimentación infantil con alimentos no saludables con alto contenido calórico
- Influencia de los medios en el conocimiento de alimentos no saludables con alto contenido calórico
- Múltiples cuidadores
- Paternidad no involucrada

Población en riesgo

- Bebés abandonados
- Bebés nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Bebés sin hogar
- Bebés que experimentan una transición de vida.
- Bebés que experimentan una hospitalización prolongada
- Bebés que viven en hogares de acogida
- Bebés que son pequeños para la edad gestacional
- Lactantes con historia de hospitalización en cuidados intensivos neonatales
- Bebés con antecedentes de experiencias de alimentación y alimentación inseguras
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Trastornos cromosómicos
- Labio leporino
- Paladar hendido
- Cardiopatía congénita
- Enfermedades genéticas congénitas
- Defectos del tubo neural

- Trastorno psiquiátrico de los padres
- Desafío físico al comer
- Desafío físico con la alimentación.
- Problema de salud física de los padres
- Nutrición enteral prolongada
- Problema de salud psicológica de los padres
- Disfunción de integración sensorial

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00232

Obesidad

Foco del diagnóstico: obesidad

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Afección en la que un individuo acumula un exceso de grasa para la edad y el sexo que supera el sobrepeso.

Definir características

- ADULTO: Índice de masa corporal > 30 kg / m²
- NIÑO 2-18 años: Masa corporal índice > percentil 95 o 30 kg / m² por edad y sexo
- NIÑO <2 años: Término no utilizado con niños a esta edad

Factores relacionados

- Patrones de comportamiento alimentario anormales
- Patrones anormales de percepción de la alimentación
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Consumo de bebidas azucaradas
- Disomnias
- Gasto energético por debajo de la ingesta energética según la evaluación estándar
- Consumo excesivo de alcohol
- Miedo por la falta de suministro de alimentos
- Refrigerios frecuentes
- Alta frecuencia de restaurante o comida frita.
- Ingesta insuficiente de calcio en la dieta por parte de los niños
- Tamaños de las porciones más grandes de lo recomendado
- Comportamiento sedentario que ocurre durante ≥ 2 horas / día
- Reducción del tiempo de sueño
- Alimentos sólidos como principal fuente de alimento a los <5 meses de edad

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que experimentaron pubarquia prematura.
- Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.
- Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.
- Individuos que heredan factores interrelacionados

Personas que no fueron amamantadas
exclusivamente
Personas con sobrepeso durante la infancia
Individuos cuyas madres tenían diabetes
gestacional.

- Personas cuyas madres tienen diabetes
- Personas cuyas madres fuman durante la infancia

- Personas cuyas madres fuman durante el embarazo
- Individuos con un alto puntaje de conducta alimentaria de desinhibición y moderación

Condiciones asociadas

- Enfermedades genéticas congénitas

- Personas con padres obesos
- Recién nacidos cuyas madres tenían diabetes gestacional

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00233

Exceso de peso

Foco del diagnóstico: sobrepeso

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Afección en la que una persona acumula un exceso de grasa para la edad y el sexo.

Definir características

- ADULTO: Índice de masa corporal > 25 kg / m²
- NIÑO 2-18 años: Masa corporal índice > percentil 85 o 25 kg / metro² pero <percentil 95 o 30 kg / m² por edad y sexo
- NIÑO <2 años: Peso para longitud > percentil 95

Factores relacionados

- Patrones de comportamiento alimentario anormales
- Patrones anormales de percepción de la alimentación
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Consumo de bebidas azucaradas
- Disomnias
- Gasto energético por debajo de la ingesta energética según la evaluación estándar
- Consumo excesivo de alcohol
- Miedo por la falta de suministro de alimentos
- Niños con índice de masa corporal que cruza los percentiles hacia arriba

Población en riesgo

- ADULTO: Índice de masa corporal cercano a 25 kg / m²
- NIÑOS 2-18 años: índice de masa corporal acercándose al percentil 85 o 25 kg / m²
- NIÑOS <2 años: peso para la talla que se acerca al percentil 95

- Refrigerios frecuentes
 - Alta frecuencia de restaurante o comida frita.
 - Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
 - Ingesta insuficiente de calcio en la dieta por parte de los niños
 - Tamaños de las porciones más grandes de lo recomendado
 - Comportamiento sedentario que ocurre durante
≥ 2 horas / día
 - Reducción del tiempo de sueño
 - Alimentos sólidos como principal fuente de alimento a los <5 meses de edad
- Niños con percentiles de índice de masa corporal altos por edad y sexo
 - Personas económicamente desfavorecidas
 - Personas que experimentaron pubarquia prematura.
 - Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.

- Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.
- Individuos que heredan factores interrelacionados
- Personas que no fueron amamantadas exclusivamente
- Personas que fueron obesas durante la infancia.
- Personas cuyas madres tienen diabetes
- Personas cuyas madres fuman durante la infancia
- Personas cuyas madres fuman durante el embarazo
- Individuos con un alto puntaje de conducta alimentaria de desinhibición y moderación
- Personas con padres obesos

Condiciones asociadas

- Enfermedades genéticas congénitas

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00234

Riesgo de sobrepeso

Foco del diagnóstico: sobrepeso

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a una acumulación excesiva de grasa para la edad y el sexo, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Patrones de comportamiento alimentario anormales
- Patrones anormales de percepción de la alimentación
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Consumo de bebidas azucaradas
- Disomnias
- Gasto energético por debajo de la ingesta energética según la evaluación estándar
- Consumo excesivo de alcohol
- Miedo por la falta de suministro de alimentos
- Refrigerios frecuentes
- Alta frecuencia de restaurante o comida frita.
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Ingesta insuficiente de calcio en la dieta por parte de los niños
- Tamaños de las porciones más grandes de lo recomendado
- Comportamiento sedentario que ocurre durante ≥ 2 horas / día
- Reducción del tiempo de sueño
- Alimentos sólidos como principal fuente de alimento a los <5 meses de edad

Población en riesgo

- ADULTO: Índice de masa corporal cercano a $25 \text{ kg} / \text{m}^2$
- NIÑOS 2-18 años: índice de masa corporal acercándose al percentil 85 o $25 \text{ kg} / \text{m}^2$
- NIÑOS <2 años: peso para la talla que se acerca al percentil 95
- Niños con índice de masa corporal que cruza los percentiles hacia arriba
- Niños con percentiles de índice de masa corporal altos por edad y sexo
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que experimentaron pubarquia prematura.

Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.

Personas que experimentaron un rápido aumento de peso durante la infancia.

Individuos que heredan factores interrelacionados

Personas que no fueron amamantadas exclusivamente

- Personas que fueron obesas durante la infancia.
- Personas cuyas madres tienen diabetes
- Personas cuyas madres fuman durante la infancia
- Personas cuyas madres fuman durante el embarazo

- Individuos con un alto puntaje de conducta alimentaria de desinhibición y moderación

- Personas con padres obesos

Condiciones asociadas

- Enfermedades genéticas congénitas

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00295

Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante

Enfoque del diagnóstico: respuesta de succión-deglución Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Alteración de la capacidad de un bebé para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución.

Definir características

- Arritmia
- Eventos bradicárdicos
- asfixia
- Cianosis circunmoral
- Tos excesiva
- Dedo extendido
- Flacidez
- náuseas
- hipo
- Hiperextensión de extremidades
- Capacidad deficiente para iniciar una succión eficaz
- Capacidad deficiente para sostener una succión eficaz
- Tono motor deteriorado
- Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.
- Irritabilidad
- Aleteo nasal
- Desaturación de oxígeno
- Palidez
- Retracción subcostal
- Señales de tiempo muerto
- Uso de músculos accesorios de la respiración.

Factores relacionados

- hipoglucemia
- hipotermia
- hipotonía
- Posicionamiento inadecuado
- Comportamiento de succión insatisfactorio

Población en riesgo

- Bebés nacidos de madres con abuso de sustancias
- Bebés nacidos con fórceps obstétricos
- Lactantes nacidos mediante extracción obstétrica con ventosa
- Bebés que experimentan una hospitalización prolongada
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Episodios convulsivos
- Reflujo gastroesofágico
- Oxígeno de alto flujo por cánula nasal
- Apariencia baja, pulso, mueca, Actividad y respiración (APGAR) puntuaciones
- Retraso neurológico

- Laceraciones durante el parto

232

- Deterioro neurológico
- Hipersensibilidad oral
- Deformidad orofaríngea
- Nutrición enteral prolongada

Dominio 2 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00103

Tragar deficiente

Enfoque del diagnóstico: deglución.

Aprobado 1986 • Revisado 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficits en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Definir características

Primera etapa: oral

- Fase oral anormal del estudio de deglución
- Bruxismo
- Asfixia antes de tragar
- Asfixia al tragar agua fría.
- Tos antes de tragar.
- babeo
- La comida se cae de la boca
- Comida empujada fuera de la boca.
- Náuseas antes de tragar
- Capacidad alterada para limpiar la cavidad bucal
- Consumo inadecuado durante las comidas prolongadas.
- Cierre de labios inadecuado
- Masticación inadecuada
- Incidencia de ronquera húmeda dos veces en 30 segundos
- Pezones ineficientes
- Succión ineficaz
- reflujo nasal
- Deglución por etapas
- Concentración de bolo en surcos laterales
- Entrada prematura de bolo
- Formación de bolo prolongada
- La acción de la lengua es ineficaz en la formación de bolo

Segunda etapa: faríngea

- Fase faríngea anormal del estudio de la deglución
- Posición alterada de la cabeza
- asfixia
- tos
- Retraso en la deglución
- Fiebres de etiología desconocida
- Rechazo de alimentos
- Sensación de náuseas
- Calidad de voz gorgoteante
- Elevación laríngea inadecuada
- reflujo nasal
- Infección pulmonar recurrente
- Deglución repetitiva

Tercera etapa: esofágica

- Fase esofágica anormal del estudio de la deglución.
- Aliento con olor ácido
- Dificultad para tragar
- Dolor epigástrico
- Rechazo de alimentos
- Acidez
- Hematemesis

- Hiperextensión de cabeza
- Despertar nocturno
- Tos nocturna
- Odinofagia
- regurgitación
- Deglución repetitiva

- Informa "algo atascado"
- Irritabilidad inexplicable en torno a las comidas.
- Limitación de volumen
- vómitos
- Vómitos en la almohada

Factores relacionados

- Atención alterada
- Problema de alimentación conductual

- Desnutrición proteico-energética
- Comportamiento autolesivo

Población en riesgo

- Individuos con antecedentes de nutrición enteral
- Adultos mayores

- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Defectos anatómicos adquiridos
- Lesiones Cerebrales
- Parálisis cerebral
- Condiciones con hipotonía muscular significativa.
- Cardiopatía congénita
- Afectación de pares craneales
- Discapacidades del desarrollo
- Acalasia esofágica
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Enfermedades laríngeas
- Obstrucción mecánica
- Defecto nasal

- Defecto de la cavidad nasofaríngea
- Problemas neurológicos
- Enfermedades neuromusculares
- Anormalidad de la orofaringe
- Preparaciones farmacéuticas
- Intubación prolongada
- Condición respiratoria
- Defecto traqueal
- Trauma
- Anomalía de la vía aérea superior
- Disfunción de las cuerdas vocales

Dominio 2 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00179

Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable

Enfoque del diagnóstico: nivel de glucosa en sangre

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a variaciones en los niveles séricos de glucosa del rango normal, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Estrés excesivo
- Aumento excesivo de peso.
- Pérdida excesiva de peso
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento
- Autocontrol inadecuado de la glucosa en sangre
- Autocontrol inadecuado de la diabetes
- Ingesta dietética inadecuada
- Conocimiento inadecuado del manejo de enfermedades.
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Autogestión ineficaz de la medicación
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Individuos que experimentan un período de crecimiento rápido.
- Individuos en unidades de cuidados intensivos
- Personas de ascendencia africana
- Personas con estado mental alterado
- Personas con estado de salud física comprometido
- Personas con retraso en el desarrollo cognitivo
- Personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus.
- Personas con antecedentes de trastornos autoinmunes
- Personas con antecedentes de diabetes gestacional
- Personas con antecedentes de hipoglucemia.
- Personas con antecedentes de sobrepeso antes del embarazo
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Individuos nativos americanos
- Mujeres embarazadas > 22 años
- Bebés prematuros
- Mujeres con cambios hormonales indicativos de cambios en la etapa de la vida normal.

Condiciones asociadas

- Shock cardiogénico
- Diabetes mellitus
- Infecciones
Enfermedades
- pancreáticas
- Preparaciones farmacéuticas
- Síndrome de Ovario poliquístico
- Preeclampsia
Hipertensión inducida por el
embarazo
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 2 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00194

Hiperbilirrubinemia neonatal

Foco del diagnóstico: hiperbilirrubinemia

Aprobado en 2008 • Revisado en 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

La acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación (menos de 15 ml / dl) que se produce después de las 24 horas de vida.

Definir características

- Resultados anormales de las pruebas de función hepática -
Esclerótica amarilla
- Piel magullada - Color de piel amarillo anaranjado
- Membranas mucosas amarillas

Factores relacionados

- Retraso en el paso del meconio - Bebés desnutridos
- Conducta de alimentación paterna inadecuada

Población en riesgo

- Recién nacidos de Asia oriental
- Recién nacidos de bajo peso al nacer
- Recién nacidos nativos americanos
- Recién nacidos ≤ 7 días
- Recién nacidos amamantados
- Recién nacidos cuyos grupos sanguíneos son incompatibles con los de la madre.
- Recién nacidos cuyas madres tenían diabetes gestacional
- Recién nacidos cuyo hermano tenía antecedentes de ictericia
- Recién nacidos con hematomas importantes durante el parto
- Poblaciones que viven en altitudes elevadas
- Recién nacidos prematuros

Condiciones asociadas

- Infecciones bacterianas
- Deficiencia de enzimas
- Metabolismo alterado
- Hemorragia interna
- Mal funcionamiento del hígado
- Infección prenatal
- Septicemia
- Infección viral

Dominio 2 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00230

Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal

Foco del diagnóstico: hiperbilirrubinemia

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación (menos de 15 ml / dl) que se produce a las 24 horas de vida y que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Retraso en el paso del meconio
- Bebés desnutridos
- Conducta de alimentación paterna inadecuada

Población en riesgo

- Recién nacidos de Asia oriental
- Recién nacidos cuyas madres tenían diabetes gestacional
- Recién nacidos de bajo peso al nacer
- Recién nacidos cuyo hermano tenía antecedentes de ictericia
- Recién nacidos nativos americanos
- Recién nacidos con hematomas importantes durante el parto
- Recién nacidos ≤ 7 días
- Poblaciones que viven en altitudes elevadas
- Recién nacidos amamantados
- Recién nacidos prematuros
- Recién nacidos cuyos grupos sanguíneos son incompatibles con los de la madre.

Condiciones asociadas

- Infecciones bacterianas
- Mal funcionamiento del hígado
- Deficiencia de enzimas
- Infección prenatal
- Metabolismo alterado
- Septicemia
- Hemorragia interna
- Infección viral

Dominio 2 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00178

Riesgo de deterioro de la función hepática

Enfoque del diagnóstico: función hepática

Aprobado en 2006 • Revisado en 2008, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución de la función hepática, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Mal uso de sustancia

Condiciones asociadas

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) coinfección - Infección viral
- Preparaciones farmacéuticas

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024–2026 si no se desarrollan factores de riesgo adicionales.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 2 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00296

Riesgo de síndrome metabólico

Foco del diagnóstico: síndrome metabólico

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de desarrollar una serie de síntomas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ausencia de interés en mejorar los comportamientos de salud.
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Acumulación excesiva de grasa para la edad y el sexo.
- Ingesta excesiva de alcohol
- Estrés excesivo
- Hábitos dietéticos inadecuados
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- desatento al humo de segunda mano
- fumar

Población en riesgo

- Personas mayores de 30 años
- Personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus.
- Personas con antecedentes familiares de dislipidemia.
- Personas con antecedentes familiares de hipertensión.
- Personas con antecedentes familiares de síndrome metabólico
- Personas con antecedentes familiares de obesidad.
- Personas con antecedentes familiares de presión arterial inestable

Condiciones asociadas

- hiperuricemia
- Resistencia a la insulina
- Síndrome de Ovario poliquístico

Dominio 2 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00195

Riesgo de desequilibrio electrolítico

Enfoque del diagnóstico: equilibrio electrolítico.

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a cambios en los niveles séricos de electrolitos, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Diarrea
- Volumen de líquido excesivo
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Volumen de fluido insuficiente
- Vómitos

Condiciones asociadas

- Regulatorio comprometido mecanismo
- Disfunción reguladora endocrina
- Disfunción renal
- Régimen de tratamiento

Dominio 2 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00025

Riesgo de volumen de líquido desequilibrado

Enfoque del diagnóstico: volumen de líquido equilibrado

Aprobado en 1998 • Revisado en 2008, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución, aumento o cambio rápido de uno a otro de líquido intravascular, intersticial y / o intracelular, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ingesta alterada de líquidos
 - Dificultad para acceder al agua
 - Ingesta excesiva de sodio
 - Conocimientos inadecuados sobre fluidos.
necesidades
- Autogestión ineficaz de la medicación
 - administración Masa muscular insuficiente
 - Desnutrición

Población en riesgo

- Individuos en extremos de peso
 - Individuos con condiciones externas
ciones que afectan las necesidades de fluidos
- Individuos con condiciones internas afectando las necesidades de fluidos
 - Mujeres

Condiciones asociadas

- Pérdida de volumen de líquido activo
 - Desviaciones que afectan la absorción de fluidos
 - Desviaciones que afectan la eliminación de fluidos
 - Desviaciones que afectan la ingesta de líquidos
- Desviaciones que afectan la permeabilidad vascular
 - Pérdida excesiva de líquidos por vía normal
 - Pérdida de líquido por ruta anormal
 - Preparaciones farmacéuticas
 - Régimen de tratamiento

Dominio 2 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00027

Volumen de líquido deficiente

Foco del diagnóstico: volumen de líquido

Aprobado en 1978 • Revisado en 1996, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Disminución del líquido intravascular, intersticial y / o intracelular. Esto se refiere a la deshidratación, pérdida de agua sola sin cambios en el sodio.

Definir características

- Estado mental alterado
- Turgencia cutánea alterada
- Disminución de la presión arterial.
- Disminución de la presión del pulso
- Disminución del volumen del pulso
- Disminución de la turgencia de la lengua.
- Disminución de la producción de orina.
- Llenado venoso disminuido
- Membranas mucosas secas
- Piel seca
- Aumento de la temperatura corporal
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aumento de los niveles de hematocrito sérico
- Aumento de la concentración de orina
- Pérdida de peso repentina
- Ojos hundidos
- Sed
- Debilidad

Factores relacionados

- Dificultad para encontrar un aumento de líquido
- requisito de volumen
- Acceso inadecuado al líquido
- Conocimientos inadecuados sobre fluidos.
- necesidades
- Autogestión ineficaz de la medicación
- administración
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Masa muscular
- insuficiente
- Desnutrición

Población en riesgo

- Individuos en extremos de peso
- Individuos con condiciones externas
- ciones que afectan las necesidades de fluidos
- Individuos con condiciones internas
- afectando las necesidades de fluidos
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Pérdida de volumen de líquido activo

- Desviaciones que afectan la absorción de fluidos
- Desviaciones que afectan la eliminación de fluidos
- Desviaciones que afectan la ingesta de líquidos

- Pérdida excesiva de líquido por vía normal
- Pérdida de líquido por ruta anormal
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

Dominio 2 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00028

Riesgo de volumen de líquido deficiente

Foco del diagnóstico: volumen de líquido

Aprobado en 1978 • Revisado en 2010, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de experimentar una disminución de los volúmenes de líquido intravascular, intersticial y / o intracelular, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Dificultad para satisfacer los requisitos de volumen de fluido aumentado
- Acceso inadecuado al líquido
- Conocimiento inadecuado sobre las necesidades de fluidos.
- Autogestión ineficaz de la medicación
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Masa muscular insuficiente
- desnutrición

Población en riesgo

- Individuos en extremos de peso
- Personas con afecciones externas que afecten las necesidades de líquidos.
- Personas con afecciones internas que afecten las necesidades de fluidos.
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Pérdida de volumen de líquido activo
- Desviaciones que afectan la absorción de fluidos
- Desviaciones que afectan la eliminación de fluidos
- Desviaciones que afectan la ingesta de líquidos
- Pérdida excesiva de líquido por vía normal
- Pérdida de líquido por ruta anormal
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

Dominio 2 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00026

Exceso de volumen de líquido

Foco del diagnóstico: volumen de líquido

Aprobado en 1982 • Revisado en 1996, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Retención excedente de líquido.

Definir características

- Sonidos respiratorios adventicios
- Presión arterial alterada
- Estado mental alterado
- Presión arterial pulmonar alterada
- Patrón respiratorio alterado
- Gravedad específica de la orina alterada
- Ansiedad
- Azotemia
- Disminución de los niveles de hematocrito sérico.
 - Disminución de la hemoglobina sérica.
- Edema
- Hepatomegalia
- Aumento de la presión venosa central
- La ingesta excede la salida
- Distensión de la vena yugular
- Oliguria
- Derrame pleural
- Reflejo hepatoyugular positivo
- Presencia de sonido cardíaco S3
- Agitación psicomotora
- Congestión pulmonar
- Aumento de peso en un período corto de tiempo

Factores relacionados

- Ingesta excesiva de líquidos
- Ingesta excesiva de sodio
- Autogestión ineficaz de la medicación
- administración

Condiciones asociadas

- Desviaciones que afectan al fluido eliminación
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio

3.

Eliminación e intercambio

Secreción y excreción de productos de desecho del cuerpo.

Clase 1. Función urinaria

El proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina.

Código	Diagnóstico	Página
00297	Incontinencia urinaria asociada a discapacidad	249
00016	Eliminación urinaria alterada	250
00310	Incontinencia urinaria mixta	251
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	252
00019	Incontinencia urinaria de urgencia	253
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	254
00023	Retención urinaria	255
00322	Riesgo de retención urinaria	256

Clase 2. Función gastrointestinal

El proceso de absorción y excreción del final. productos de la digestión

Código	Diagnóstico	Página
00011	Estreñimiento	257
00015	Riesgo de estreñimiento	259
00012	Estreñimiento percibido	260
00235	Estreñimiento funcional crónico	261
00236	Riesgo de estreñimiento funcional crónico	263
00319	Continencia intestinal alterada	265
00013	Diarrea	267
00196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	268
00197	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	269

Clase 3. Función tegumentaria

El proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Código	Diagnóstico	Página
	Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	a

Clase 4. Función respiratoria

El proceso de intercambio de gases y eliminación del final.
productos del metabolismo

Código	Diagnóstico	Página
00030	Intercambio de gases deteriorado	270

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00297

Incontinencia urinaria asociada a discapacidad

Enfoque del diagnóstico: incontinencia asociada a discapacidad Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Pérdida involuntaria de orina no asociada a ninguna patología o problema relacionado con el sistema urinario.

Definir características

- Comportamientos adaptativos para evitar que otros reconozcan la incontinencia urinaria.
- Mapeo de rutas a baños públicos antes de salir de casa.
- El tiempo necesario para llegar al baño es demasiado largo después de la sensación de necesidad.
- Uso de técnicas para prevenir la micción.
- Evacuar antes de llegar al baño

Factores relacionados

- Evitación del uso de inodoros no higiénicos
- El cuidador implementa de manera inapropiada técnicas de entrenamiento de la vejiga
- Disfunción congénita
- Dificultad para encontrar el baño
- Dificultad para obtener asistencia oportuna para ir al baño.
- Vergüenza por el uso del baño en situaciones sociales
- Limitaciones ambientales que interfieren con la continencia.
- Suprime habitualmente la necesidad de orinar
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Motivación inadecuada para mantener la continencia.
- Mayor ingesta de líquidos
- Manifestaciones neuroconductuales
- Trastornos del suelo pélvico

Población en riesgo

- Niños

- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Enfermedades cardíacas
- Coordinación deteriorada
- Destreza manual deteriorada
- Discapacidad intelectual
- Enfermedades neuromusculares
- Enfermedades osteoarticulares
- Preparaciones farmacéuticas
- Trastorno psicológico
- Trastornos de la vista

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00016

Eliminación urinaria alterada

Foco del diagnóstico: eliminación

Aprobado en 1973 • Revisado en 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Disfunción en la eliminación de orina.

Definir características

- Disuria
- Micción frecuente
- Nocturia
- Vacilación urinaria
- Incontinencia urinaria
- Retención urinaria
- Urgencia urinaria

Factores relacionados

- Consumo de alcohol
- Factor ambiental alterado
- Consumo de cafeína
- Limitaciones ambientales
- Impactación fecal
- Postura inadecuada para ir al baño
- Hábitos ineficaces para ir al baño
- Privacidad insuficiente
- Relajación involuntaria del esfínter
- Obesidad
- Prolapso de órganos pélvicos
- De fumar
- Uso de aspartamo
- Músculo de la vejiga debilitado
- Pélvica de apoyo debilitada estructura

Población en riesgo

- Adultos mayores
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Obstrucción anatómica
- Diabetes mellitus
- Deterioro sensorial motor
- Infección del tracto urinario

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00310

Incontinencia urinaria mixta

Foco del diagnóstico: incontinencia

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Pérdida involuntaria de orina en combinación con o después de una fuerte sensación o urgencia por orinar, y también con actividades que aumentan la presión intraabdominal.

Definir características

- Expresa vaciado incompleto de la vejiga
- Pérdida involuntaria de orina al toser.
- Pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo
- Pérdida involuntaria de orina al reír.
- Pérdida involuntaria de orina por esfuerzo físico.
- Pérdida involuntaria de orina al estornudar.
- Nocturia
- Urgencia urinaria

Factores relacionados

- Incompetencia del cuello de la vejiga
- Incompetencia de la uretra esfínter
- Exceso de peso
- Prolapso de órganos pélvicos
- Atrofia muscular esquelética
- De fumar
- Pared anterior débil de la vagina

Población en riesgo

- Individuos con tos crónica
- Individuos con un tipo de incontinencia urinaria
- Mujeres multíparas
- Adultos mayores
- Mujeres que experimentan la menopausia
- Mujeres que dan a luz por vía vaginal

Condiciones asociadas

- diabetes mellitus
- Deficiencia de estrógenos
- Trastornos motores
- Trastornos del suelo pélvico
- incontinencia urinaria prolongada
- Cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo
- Lesión del esfínter uretral

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00017

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Foco del diagnóstico: incontinencia

Aprobado en 1986 • Revisado en 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Pérdida involuntaria de orina con actividades que aumentan la presión intraabdominal, que no se asocia con la urgencia de orinar.

Definir características

- Pérdida involuntaria de orina en el ausencia de contracción del detrusor
- Pérdida involuntaria de orina en el ausencia de vejiga distendida
- Pérdida involuntaria de orina al tosiendo
- Pérdida involuntaria de orina al esfuerzo
- Pérdida involuntaria de orina al risa
- Pérdida involuntaria de orina al esfuerzo físico
- Pérdida involuntaria de orina al estornudar

Factores relacionados

- Exceso de peso
- Trastornos del suelo pélvico
- Prolapso de órganos pélvicos

Población en riesgo

- Individuos que rinden ejercicio físico de intensidad
- Mujeres multíparas
- Mujeres embarazadas
- Mujeres que experimentan la menopausia
- Mujeres que dan a luz por vía vaginal

Condiciones asociadas

- Músculos del suelo pélvico dañados
- Cambios degenerativos en la pelvis
- músculos del piso
- Deficiencia intrínseca del esfínter uretral
- Enfermedades del sistema nervioso
- Prostatectomía
- Lesión del esfínter uretral

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00019

Incontinencia urinaria de urgencia

Foco del diagnóstico: incontinencia

Aprobado en 1986 • Revisado en 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Pérdida involuntaria de orina en combinación con o después de una fuerte sensación o urgencia por orinar.

Definir características

- Disminución de la capacidad de la vejiga.
- Sensación de urgencia con estímulo desencadenado
- Aumento de la frecuencia urinaria.
- Pérdida involuntaria de orina antes de llegar al baño.
- Pérdida involuntaria de orina con contracciones de la vejiga.
- Pérdida involuntaria de orina con espasmos de la vejiga.
- Pérdida involuntaria de diferentes volúmenes de orina entre micciones, con urgencia.
- Nocturia

Factores relacionados

- Consumo de alcohol
- Ansiedad
- Consumo de cafeína
- Bebida carbonatada consumo
- Impactación fecal
- Hábitos ineficaces para ir al baño
- Relajación involuntaria del esfínter
- Exceso de peso
- Trastornos del suelo pélvico
- Prolapso de órganos pélvicos

Población en riesgo

- Individuos expuestos al abuso
- Individuos con antecedentes de urinaria urgencia durante la infancia
- Adultos mayores
- Mujeres
- Mujeres que experimentan la menopausia

Condiciones asociadas

- Vaginitis atrófica
- Obstrucción de la salida de la vejiga
- Depresión
- Diabetes mellitus
- Enfermedades del sistema nervioso
- Traumatismo del sistema nervioso
- Piso pélvico hiperactivo
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento
- Enfermedades urológicas

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00022

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Foco del diagnóstico: incontinencia

Aprobado en 1998 • Revisado en 2008, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Susceptible al paso involuntario de orina que ocurre poco después de una fuerte sensación o urgencia por orinar, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Consumo de alcohol
- Ansiedad
- Consumo de cafeína
- Bebida carbonatada consumo
- Impactación fecal
- Hábitos ineficaces para ir al baño
- Relajación involuntaria del esfínter
- Exceso de peso
- Trastornos del suelo pélvico
- Prolapso de órganos pélvicos

Población en riesgo

- Individuos expuestos al abuso
- Individuos con antecedentes de urgencia durante la infancia
- Adultos mayores
- Mujeres
- Mujeres que experimentan la menopausia

Condiciones asociadas

- Vaginitis atrófica
- Obstrucción de la salida de la vejiga
- Depresión
- Diabetes mellitus
- Enfermedades del sistema nervioso
- Trauma del sistema nervioso
- Piso pélvico hiperactivo
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento
- Enfermedades urológicas

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

254

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00023

Retención urinaria

Foco del diagnóstico: retención

Aprobado en 1986 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Vaciado incompleto de la vejiga.

Definir características

- Ausencia de gasto urinario
- distensión de la vejiga
- Disuria
- Aumento de la frecuencia urinaria diurna
- Volumen vacío mínimo
- Incontinencia por rebosamiento
- Informa sensación de plenitud de la vejiga
- Reporta sensación de orina residual
- Chorro de orina débil

Factores relacionados

- Limitaciones ambientales
- Impactación fecal
- Postura inadecuada para ir al baño
- Relajación inadecuada de los músculos del suelo pélvico.
- Privacidad insuficiente
- Prolapso de órganos pélvicos
- Músculo de la vejiga debilitado

Población en riesgo

- Mujeres puerperales

Condiciones asociadas

- Hiperplasia prostática benigna
- Diabetes mellitus
- Enfermedades del sistema nervioso
- Preparaciones farmacéuticas
- Obstrucción del tracto urinario

Dominio 3 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00322

Riesgo de retención urinaria

Foco del diagnóstico: retención

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Susceptible al vaciamiento incompleto de la vejiga.

Factores de riesgo

- Limitaciones ambientales
- Impactación fecal
Postura inadecuada para ir al baño
- Relajación inadecuada de los músculos del suelo pélvico.
- Privacidad insuficiente
- Prolapso de órganos pélvicos
- Músculo de la vejiga debilitado

Población en riesgo

- Mujeres puerperales

Condiciones asociadas

- Hiperplasia prostática benigna
- Diabetes mellitus
- Enfermedades del sistema nervioso
- Preparaciones farmacéuticas
- Obstrucción del tracto urinario

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00011

Estreñimiento

Foco del diagnóstico: estreñimiento

Aprobado en 1975 • Revisado en 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Evacuación de heces poco frecuente o difícil.

Definir características

- Evidencia de síntomas en estado
Criterios de diagnóstico estandarizados
- Heces duras
- Heces grumosas
- Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación
- Pasar menos de tres deposiciones al semana
- Sensación de obstrucción anorrectal
- Sensación de incompleto evacuación
- Esfuerzo con la defecación

Factores relacionados

- Rutina regular alterada
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Disfunción conginitiva
- Barreras de comunicación
- Suprime habitualmente la necesidad de defecar
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Hábitos inadecuados para ir al baño
- Ingesta insuficiente de fibra
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Privacidad insuficiente
- Estresores
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas ingresadas en el hospital
- Individuos que experimentan pro-hospitalización anhelada
- Personas en entornos de atención a personas mayores
- Individuos en el postoperatorio temprano
- período tivo
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Bloqueo en el colon
- Obstrucción en el recto
- Depresión
- Discapacidades del desarrollo
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema endocrino
- Enfermedades cardíacas
- Desordenes mentales

- Enfermedades musculares
 - Enfermedades del sistema nervioso
 - Trastornos neurocognitivos
 - Trastornos del suelo pélvico
- Preparaciones farmacéuticas
 - Radioterapia
 - Trastornos uroginecológicos

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00015

Riesgo de estreñimiento

Foco del diagnóstico: estreñimiento

Aprobado en 1998 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a la evacuación infrecuente o difícil de las heces, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Rutina regular alterada
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Disfunción cognitiva
- Barreras de comunicación
- Suprime habitualmente la necesidad de defecar
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Hábitos inadecuados para ir al baño
- Ingesta insuficiente de fibra
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Privacidad insuficiente
- Estresores
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas ingresadas en el hospital
- Individuos que experimentan pro-hospitalización anhelada
- Personas en entornos de atención a personas mayores
- Individuos en el postoperatorio temprano
- período tivo
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Bloqueo en el colon
- Obstrucción en el recto
- Depresión
- Discapacidades del desarrollo
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema endocrino
- Enfermedades cardíacas
- Desordenes mentales
- Enfermedades musculares
- Enfermedades del sistema nervioso
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos del suelo pélvico
- Preparaciones farmacéuticas
- Radioterapia
- Trastornos uroginecológicos

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00012

Estreñimiento percibido

Foco del diagnóstico: estreñimiento

Aprobado en 1988 • Revisado en 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Autodiagnóstico de la evacuación de heces poco frecuente o difícil combinado con el abuso de métodos para asegurar una evacuación intestinal diaria.

Definir características

- Mal uso del enema - Mal uso de laxantes
- Espera evacuar el intestino al mismo tiempo - Mal uso de supositorios tiempo diario

Factores relacionados

- Creencias de salud cultural - Procesos de pensamiento perturbados
- Conocimiento deficiente sobre lo normal - Creencias de salud familiar patrones de evacuación

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00235

Estreñimiento funcional crónico

Enfoque del diagnóstico: estreñimiento funcional

Aprobado 2013 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Evacuación infrecuente o difícil de heces, que ha estado presente durante al menos 3 de los 12 meses anteriores.

Definir características

General

- Abdomen distendido
- Impactación fecal
- Fuga de taburete con digital. estímulo
- Dolor con la defecación
- Masa abdominal palpable
- Prueba de sangre oculta en heces positiva
- Esfuerzo prolongado
- Tipo 1 o 2 en la tabla de taburetes Bristol

Adulto: Presencia de ≥ 2 de los siguientes síntomas en el sistema de clasificación Roma III:

- Heces duras o grumosas en $\geq 25\%$ de defecaciones
- Maniobras manuales para facilitar $\geq 25\%$ de las defecaciones (manipulación digital, apoyo del suelo pélvico)
- Sensación de obstrucción / bloqueo anorrectal para $\geq 25\%$ de las defecaciones
- Sensación de evacuación incompleta para $\geq 25\%$ de las defecaciones
- Esfuerzo durante $\geq 25\%$ de las defecaciones
- ≤ 3 evacuaciones por semana

Niños > 4 años: presencia de ≥ 2 criterios en el sistema de clasificación pediátrica Roma III durante ≥ 2 meses:

- Taburetes de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro
- Evacuaciones intestinales dolorosas o duras
- Presencia de gran masa fecal en el recto.
- Postura retentiva de las heces
- ≤ 2 defecaciones por semana
- ≥ 1 episodio de incontinencia fecal por semana

Niño ≤ 4 años: Presencia de ≥ 2 criterios en el sistema de clasificación pediátrica Roma III durante ≥ 1 mes:

- Heces de gran diámetro que pueden obstruir el baño
- Evacuaciones intestinales dolorosas o duras

- Presencia de gran masa fecal en el recto
- Postura retentiva de las heces
- ≤ 2 defecaciones por semana
- ≥ 1 episodio de incontinencia fecal por semana

Factores relacionados

- Disminución de la ingesta de alimentos.
- Deshidratación
- Dieta desproporcionadamente alta en grasas
- Dieta desproporcionadamente alta en proteína
- Síndrome del anciano frágil
- Suprime habitualmente la necesidad de defecar
- Movilidad física deteriorada
- Ingesta dietética inadecuada
- Conocimiento inadecuado de modificaciones factores capaces
- Ingesta insuficiente de fibra
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Baja ingesta calórica
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas

Condiciones asociadas

- Amilosis
- Fisura anal
- Estenosis anal
- Neuropatía autonómica
- Pseudo intestinal crónica obstrucción
- Insuficiencia renal crónica
- Cáncer colonrectal
- Depresión
- Dermatomiositis
- Diabetes mellitus
- Masa extra intestinal
- Hemorroides
- Enfermedad de Hirschprung
- Hipercalcemia
- Hipotiroidismo
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Estenosis isquémica
- Esclerosis múltiple
- Distrofia miotónica
- Trastornos neurocognitivos
- Panhipopituitarismo
- Paraplejía
- enfermedad de Parkinson
- Trastornos del suelo pélvico
- Daño perineal
- Preparaciones farmacéuticas
- Polifarmacia
- Porfiria
- Estenosis posinflamatoria
- Proctitis
- Esclerodermia
- Tiempo de tránsito de colon lento
- Lesiones de la médula espinal
- Carrera
- Estenosis quirúrgica

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00236

Riesgo de estreñimiento funcional crónico

26
3

Enfoque del diagnóstico: estreñimiento funcional

Aprobado 2013 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Susceptible a la evacuación infrecuente o difícil de las heces, que ha estado presente casi 3 de los 12 meses anteriores, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disminución de la ingesta de alimentos.
- Deshidratación
- Dieta desproporcionadamente alta en grasas
- Dieta desproporcionadamente alta en proteína
- Síndrome del anciano frágil
- Suprime habitualmente la necesidad de defecar
- Movilidad física deteriorada
- Ingesta dietética inadecuada
- Conocimiento inadecuado de modificaciones factores capaces
- Ingesta insuficiente de fibra
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Baja ingesta calórica
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas

Condiciones asociadas

- Amilosis
- Fisura anal
- Estenosis anal
- Neuropatía autonómica
- Pseudo intestinal crónica obstrucción
- Insuficiencia renal crónica
- Cáncer colonrectal
- Depresión
- Dermatomiositis
- Diabetes mellitus
- Masa extra intestinal
- Hemorroides
- Enfermedad de Hirschprung
- Hipotiroidismo
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Estenosis isquémica
- Esclerosis múltiple
- Distrofia miotónica
- Trastornos neurocognitivos
- Panhipopituitarismo
- Paraplejía
- enfermedad de Parkinson
- Trastornos del suelo pélvico
- Daño perineal
- Preparaciones farmacéuticas
- Polifarmacia
- Porfiria

3. Eliminación e intercambio

- Proctitis
 - Esclerodermia
 - Tiempo de tránsito de colon lento
- Lesiones de la médula espinal
 - Carrera
 - Estenosis quirúrgica

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00319

Continencia intestinal alterada

Foco del diagnóstico: continencia

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Incapacidad para retener las heces, sentir la presencia de heces en el recto, relajarse y almacenar las heces cuando no es conveniente defecar.

Definir características

- Malestar abdominal
- Urgencia intestinal
- Tinción fecal
- Capacidad de expulsión alterada formada heces a pesar del reconocimiento de rectal plenitud
- Incapacidad para retrasar la defecación
- Incapacidad para retener flatos
- Incapacidad para llegar al baño a tiempo
- Falta de atención a las ganas de defecar.
- Fuga silenciosa de heces durante ocupaciones

Factores relacionados

- Evitación del uso de inodoros no higiénicos
- Estreñimiento
- Dependencia para ir al baño
- Diarrea
- Dificultad para encontrar el baño
- Dificultad para obtener asistencia oportuna para ir al baño.
- Vergüenza por el uso del baño en situaciones sociales
- Limitaciones ambientales que interfieren con la continencia.
- Disminución generalizada del tono muscular.
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Hábitos dietéticos inadecuados
- Motivación inadecuada para mantener la continencia.
- Vaciado incompleto del intestino
- Abuso de laxantes
- Estrés

Población en riesgo

- Adultos mayores
- Mujeres que dan a luz por vía vaginal
- Mujeres que dan a luz con extracción obstétrica

Condiciones asociadas

- Trauma anal
- Anomalías congénitas del sistema digestivo
- Trastornos neurocognitivos
- Enfermedades neurológicas
- La inactividad física

- Diabetes mellitus

- Enfermedades
prostáticas

- Traumatismo del recto
- Lesiones de la médula espinal
- Carrera

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00013

Diarrea

Foco del diagnóstico: diarrea

Aprobado en 1975 • Revisado en 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Paso de tres o más deposiciones blandas o líquidas por día.

Definir características

- Calambre abdominal
- Dolor abdominal
- Urgencia intestinal
- Deshidratación
- Ruidos intestinales hiperactivos

Factores relacionados

- Ansiedad
- Alimentación con fórmula temprana
- Acceso inadecuado al agua potable segura
- Acceso inadecuado a alimentos seguros
- Conocimiento inadecuado sobre la vacuna contra el rotavirus.
- Conocimiento inadecuado sobre la preparación higiénica de alimentos.
- Conocimiento inadecuado sobre el almacenamiento higiénico de alimentos.
- Prácticas inadecuadas de higiene personal
- Mayor nivel de estrés
- Abuso de laxantes
- desnutrición
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Viajeros frecuentes
- Individuos en edades extremas
- Personas expuestas a toxinas

Condiciones asociadas

- Enfermedad crítica
- Enfermedades del sistema endocrino
- Nutrición enteral
- Enfermedades gastrointestinales
- Inmunosupresión
- Infecciones
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00196

Motilidad gastrointestinal disfuncional

Enfoque del diagnóstico: motilidad gastrointestinal

Aprobado en 2008 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica dentro del tracto gastrointestinal.

Definir características

- Calambre abdominal
- Dolor abdominal
- Ausencia de flatos
- Aceleración del vaciamiento gástrico
- Ruidos intestinales alterados
- Residuo gástrico de color biliar
- Diarrea
- Dificultad con la defecación
- Abdomen distendido
- Heces duras y formadas
- Mayor residuo gástrico
- Náusea
- Regurgitación
- Vómitos

Factores relacionados

- Fuente de agua alterada
- Ansiedad
- Cambio de hábitos alimenticios
- Movilidad física deteriorada
- Desnutrición
- Estilo de vida sedentario
- Factores estresantes
- Preparación de alimentos insalubres

Población en riesgo

- Individuos que ingirieron contaminantes material nated
- Adultos mayores
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Disminución gastrointestinal circulación
- Diabetes mellitus
- Nutrición enteral
- Intolerancia a la comida
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Infecciones
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

So
po
rte
de
lite
rat
ur
a
ori
gin
al
dis
po
nib
le
en
w
w
w.t
hie
me
.co
m/
na
nd
a-i.

26
8

Dominio 3 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00197

Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

Foco del diagnóstico: motilidad gastrointestinal

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica dentro del tracto gastrointestinal, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Fuente de agua alterada
- Ansiedad
- Cambio de hábitos alimenticios
- Movilidad física deteriorada
- Desnutrición
- Estilo de vida sedentario
- Factores estresantes
- Preparación de alimentos insalubres

Población en riesgo

- Individuos que ingirieron contaminantes material nated
- Adultos mayores
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Disminución gastrointestinal circulación
- Diabetes mellitus
- Nutrición enteral
- Intolerancia a la comida
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Infecciones
- Preparaciones farmacéuticas
- Régimen de tratamiento

Dominio 3 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00030

Intercambio de gases deteriorado

Enfoque del diagnóstico: intercambio de gases

Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Exceso o déficit de oxigenación y / o eliminación de dióxido de carbono.

Definir características

- PH arterial anormal
- Color de piel anormal
- Profundidad respiratoria alterada
- Ritmo respiratorio alterado
- Bradypnea
- Confusión
- Disminución del nivel de dióxido de carbono.
- Diaforesis
- Dolor de cabeza al despertar
- hipercapnia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Estado de ánimo irritable
- Aleteo nasal
- Agitación psicomotora
- Somnolencia
- Taquicardia
- Taquipnea
- Disturbio visual

Factores relacionados

- Despeje ineficaz de las vías respiratorias - Dolor
- Patrón de respiración ineficaz

Población en riesgo

- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Membrana alveolar-capilar cambios
- Asma
- Anestesia general
- Enfermedades cardíacas
- Desequilibrio ventilación-perfusión

Dominio 4. Actividad / descanso

La producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1. Dormir / descansar

Sueño, reposo, tranquilidad, relajación o inactividad.

Código	Diagnóstico	Página
00095	Insomnio	274
00096	La privación del sueño	276
00165	Preparación para dormir mejor	278
00198	Patrón de sueño perturbado	279

Clase 2. Actividad / ejercicio

Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (pero no siempre) contra resistencia

Código	Diagnóstico	Página
00298	Disminución de la tolerancia a la actividad.	280
00299	Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad	281
00040	Riesgo de síndrome de desuso	282
00091	Movilidad de la cama alterada	283
00085	Movilidad física deteriorada	284
00089	Movilidad en silla de ruedas deteriorada	285
00237	Sentado impedido	287
00238	De pie impedido	288
00090	Capacidad de transferencia deteriorada	289
00088	Caminar impedido	290

Clase 3. Balance de energía
Un estado dinámico de armonía entre la ingesta y gasto de recursos

Código	Diagnóstico	Página
00273	Campo de energía desequilibrado	291
00093	Fatiga	292
00154	Errante	294

Clase 4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares
Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad / reposo

Código	Diagnóstico	Página
00032	Patrón de respiración ineficaz	295
00029	Disminución del gasto cardíaco.	297
00240	Riesgo de disminución del gasto cardíaco	299
00311	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	300
00278	Autocontrol ineficaz del linfedema	301
00281	Riesgo de autocuidado ineficaz del linfedema	303
00033	Ventilación espontánea deteriorada	305
00267	Riesgo de presión arterial inestable	306
00291	Riesgo de trombosis	307
00200	Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco	308
00201	Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral	309
00204	Perfusión ineficaz de tejido periférico	310
00228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	311
00034	Respuesta de destete ventilatorio disfuncional	312
00318	Respuesta de destete ventilatorio disfuncional del adulto	314

Clase 5. Autocuidado
Capacidad para realizar actividades para cuidar el propio cuerpo y funciones corporales

Código	Diagnóstico	Página
00108	Déficit de autocuidado al bañarse	316
00109	Vestir el déficit de autocuidado	317
00102	Alimentar el déficit de autocuidado	318

00110	Déficit de autocuidado al ir al baño	319
00182	Preparación para un mejor cuidado personal	320
00193	Auto-negligencia	321

Dominio 4 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00095

Insomnio

Foco del diagnóstico: insomnio

Aprobado en 2006 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.

Definir características

- Afecto alterado
- Atención alterada
- Estado de ánimo alterado
- Despertar temprano
- Expresa insatisfacción con la calidad de vida.
- Expresa insatisfacción con el sueño.
- Expresa olvido
- Expresa la necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día.
- Estado de salud deteriorado
- Mayor absentismo
- Aumento de accidentes
- Resistencia física insuficiente
- Ciclo de sueño-vigilia no reparador

Factores relacionados

- Ansiedad
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Consumo de cafeína
- Tensión del rol del cuidador
- Consumo de bebidas azucaradas
- Síntomas depresivos
- Incomodidad
- Creencias disfuncionales del sueño.
- Perturbaciones ambientales
- Temor
- Siestas frecuentes durante el día
- Higiene del sueño inadecuada
- Estilo de vida incongruente con los ritmos circadianos normales
- Baja resiliencia psicológica
- Obesidad
- Estrés
- Mal uso de sustancia
- Uso de dispositivos electrónicos interactivos

Población en riesgo

- Adolescentes
- Desfavorecidos económicamente
- Individuos
- Individuos afligidos
- Individuos que experimentan cambios en estado civil
- Trabajadores del turno de noche
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas en el tercer trimestre.
- Trabajadores por turnos rotativos
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Cambio hormonal
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 4 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00096

La privación del sueño

Enfoque del diagnóstico: sueño
Aprobado 1998 • Revisado 2017

Definición

Períodos prolongados de tiempo sin una suspensión periódica y natural sostenida de la conciencia relativa que proporcione descanso.

Definir características

- Atención alterada
- Ansiedad
- Apatía
- Combatividad
- Confusión
- Disminución de la capacidad funcional.
- Somnolencia
- Expresa angustia
- Fatiga
- Nistagmo fugaz
- Alucinaciones
- Mayor sensibilidad al dolor.
- Estado de ánimo irritable
- Letargo
- Tiempo de reacción prolongado
- Agitación psicomotora
- Paranoia transitoria
- Temblores

Factores relacionados

- Cambios en la etapa del sueño relacionados con la edad
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Incomodidad
- Perturbaciones ambientales
- Sobreestimulación ambiental
- Confusión al final del día
- Ciclo de sueño-vigilia no reparador
- Terror del sueño
- sonambulismo
- Asincronía circadiana sostenida
- Higiene del sueño inadecuada sostenida

Población en riesgo

- Personas con parálisis familiar del sueño

Condiciones asociadas

- Condiciones con movimiento periódico de las extremidades.
- Hipersomnolencia idiopática del sistema nervioso central
- Narcolepsia
- Trastornos neurocognitivos
- pesadillas

- Apnea del sueño
- Enuresis relacionada con el sueño
- Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño
- Régimen de tratamiento

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 4 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00165

Preparación para dormir mejor

Enfoque del diagnóstico: sueño

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de suspensión periódica y natural de la conciencia relativa para proporcionar descanso y mantener un estilo de vida deseado, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar el ciclo de sueño-vigilia.

Dominio 4 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00198

Patrón de sueño perturbado

Enfoque del diagnóstico: patrón de sueño

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2006 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Despertares limitados en el tiempo debido a factores externos.

Definir características

- Dificultad en el funcionamiento diario
- Dificultad para iniciar el sueño
- Dificultad para mantener el estado de sueño
- Expresa insatisfacción con el sueño.
- Expresa cansancio
- Ciclo de sueño-vigilia no reparador
- Despertar involuntario

Factores relacionados

- Interrupción causada por la pareja para dormir insuficiente
- Privacidad
- Perturbaciones ambientales

Condiciones asociadas

- Inmovilización

descanso

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00298

Disminución de la tolerancia a la actividad.

Enfoque del diagnóstico: tolerancia a la actividad

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Definir características

- Respuesta anormal de la presión arterial a la actividad.
- Respuesta anormal de la frecuencia cardíaca a la actividad.
- Ansioso cuando se requiere actividad
- Cambio de electrocardiograma
- Malestar de esfuerzo
- Disnea de esfuerzo
- Expresa fatiga
- Debilidad generalizada

Factores relacionados

- Disminución de la fuerza muscular.
- Síntomas depresivos
- Miedo al dolor
- Desequilibrio entre oxígeno oferta / demanda
- Movilidad física deteriorada
- Inexperiencia con una actividad
- Masa muscular insuficiente
- Desnutrición
- Dolor
- Desacondicionamiento físico
- Estilo de vida sedentario

Población en riesgo

- Individuos con historia de disminución de la tolerancia a la actividad
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Neoplasias
- Enfermedades neurodegenerativas
- Trastornos respiratorios
- Lesiones cerebrales traumáticas
- deficiencia de vitamina D

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00299

Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad

Enfoque del diagnóstico: tolerancia a la actividad

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible de experimentar una resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Factores de riesgo

- | | |
|--|-------------------------------|
| - Disminución de la fuerza muscular. | - Masa muscular insuficiente |
| - Síntomas depresivos | - Desnutrición |
| - Miedo al dolor | - Dolor |
| - Desequilibrio entre el suministro de oxígeno | - Desacondicionamiento físico |
| - capa / demanda | - Estilo de vida sedentario |
| - Movilidad física deteriorada | |
| - Inexperiencia con una actividad | |

Población en riesgo

- | | |
|--|-------------------|
| - Individuos con historia de disminución de la tolerancia a la actividad | - Adultos mayores |
|--|-------------------|

Condiciones asociadas

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| - Neoplasias | - Lesiones cerebrales traumáticas |
| - Enfermedades neurodegenerativas | - deficiencia de vitamina D |
| - Trastornos respiratorios | |

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00040

Riesgo de síndrome de desuso

Enfoque del diagnóstico: síndrome de desuso
Aprobado en 1988 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible al deterioro de los sistemas corporales como resultado de una inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Dolor

Condiciones asociadas

- Disminución del nivel de conciencia.
- Inmovilización prescritas
- Parálisis
- Restricciones de movimiento

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00091

Movilidad de la cama alterada

Foco del diagnóstico: movilidad

Aprobado en 1998 • Revisado en 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación en el movimiento independiente de una posición de cama a otra.

Definir características

- Dificultad para moverse entre posiciones largas sentadas y supinas
- Dificultad para moverse entre las posiciones prona y supina
- Dificultad para moverse entre las posiciones sentada y supina
- Dificultad para alcanzar objetos en la cama
- Dificultad para reubicarse en la cama
- Dificultad para volver a la cama
- Dificultad para rodar en la cama
- Dificultad para sentarse en el borde de la cama
- Dificultad para girar de lado a lado

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Disminución de la flexibilidad
- Limitaciones ambientales
- Equilibrio postural alterado
- Ángulo inadecuado de la cabecera
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de movilidad.
- Fuerza muscular insuficiente
- Obesidad
- Dolor
- Descondicionamiento físico

Población en riesgo

- Niños
- Individuos que experimentan
- pro-reposo en cama anhelado
- Individuos en el postoperatorio temprano
- período tivo
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Respiración artificial
- Enfermedad crítica
- Demencia
- Tubos de drenaje
- Deterioro musculoesquelético
- Trastornos neurodegenerativos
- Enfermedades neuromusculares
- enfermedad de Parkinson
- Preparaciones farmacéuticas
- Sedación

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00085

Movilidad física deteriorada

Foco del diagnóstico: movilidad

Aprobado 1973 • Revisado 1998, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades.

Definir características

- Marcha alterada
- Disminución de la motricidad fina
- Disminución de la motricidad gruesa
- Disminución del rango de movimiento.
- Dificultad para girar
- Realiza sustituciones de movimiento
- Expresa malestar
- Temblor inducido por el movimiento
- Inestabilidad postural
- Tiempo de reacción prolongado
- Movimiento lento
- Movimiento espástico
- Movimiento descoordinado

Factores relacionados

- Ansiedad
- Índice de masa corporal > percentil 75 apropiado para la edad y el sexo
- Disfunción cognitiva
- Creencia cultural con respecto a la actividad aceptable.
- Disminución de la tolerancia a la actividad.
- Disminución del control muscular
- Disminución de la fuerza muscular.
- Desuso
- Apoyo ambiental inadecuado
- Conocimiento inadecuado del valor de la actividad física.
- Masa muscular insuficiente
- Resistencia física insuficiente
- Rigidez de las articulaciones
- desnutrición
- Manifestaciones neuroconductuales
- Dolor
- Desacondicionamiento físico
- Renuencia a iniciar el movimiento.
- Estilo de vida sedentario

Condiciones asociadas

- Integridad alterada de la estructura ósea
- Contracturas
- Depresión
- Discapacidades del desarrollo
- Metabolismo alterado
- Deterioro musculoesquelético
- Enfermedades neuromusculares
- Preparaciones farmacéuticas
- Restricciones de movimiento prescritas
- Deficiencia sensorial-perceptiva

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00089

Movilidad en silla de ruedas deteriorada

Foco del diagnóstico: movilidad

Aprobado 1998 • Revisado 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Limitación en el funcionamiento independiente de la silla de ruedas dentro del entorno.

Definir características

- Dificultad para inclinarse hacia adelante para recoger objeto del suelo
- Dificultad para plegar o desplegar silla de ruedas
- Dificultad para inclinarse hacia adelante para alcanzar por algo por encima de la cabeza
- Dificultad para bloquear los frenos en el manual silla de ruedas
- Dificultad para maniobrar la silla de ruedas oblicuo
- Dificultad para sacar la silla de ruedas de un ascensor
- Dificultad para navegar puerta de bisagras
- Dificultad en el funcionamiento de la batería.
- Dificultad de funcionamiento de la silla de ruedas eléctrica
- Dificultad de funcionamiento de la rueda de potencia silla en declive
- Dificultad de funcionamiento de la rueda de potencia silla en una pendiente
- Dificultad de funcionamiento de la rueda de potencia silla en bordillos
- Dificultad de funcionamiento de la rueda de potencia silla en superficie uniforme
- Dificultad de funcionamiento de la silla de ruedas eléctrica
- Dificultad para operar la silla de ruedas una declinación
- Dificultad para operar la silla de ruedas una pendiente
- Dificultad para operar la silla de ruedas bordillos
- Dificultad para operar la silla de ruedas superficie uniforme
- Dificultad para operar la silla de ruedas escaleras
- Dificultad para operar la silla de ruedas superficie irregular
- Silla de ruedas operativa difícil mientras carga un objeto
- Dificultad para ejecutar la presión alivio
- Dificultad para realizar posición de caballito
- Dificultad para poner los pies en el pie- platos de la silla de ruedas
- Dificultad para rodar por una pendiente lateral mientras está en silla de ruedas
- Dificultad para seleccionar el modo de conducción en silla de ruedas eléctrica
- Dificultad para seleccionar la velocidad en silla de ruedas eléctrica
- Dificultad para cambiar de peso

descanso

- Dificultad para trasladarse a mientras está encendido silla de ruedas

- Dificultad para girar en su lugar posición de caballito

Factores relacionados

- Estado de ánimo alterado
- Disfunción cognitiva
- Limitaciones ambientales
- Ajuste inadecuado al tamaño de la silla de ruedas
- Conocimiento inadecuado del uso de sillas de ruedas.
- Fuerza muscular insuficiente

- Resistencia física insuficiente
- Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad
- Dolor
- Desacondicionamiento físico
- Mal uso de sustancia
- Visión inadecuada no tratada

Población en riesgo

- Personas que utilizan silla de ruedas por poco tiempo

- Personas con antecedentes de caída de silla de ruedas.
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Deterioro musculoesquelético
- Enfermedades neuromusculares

- Trastornos de la vista

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00237

Sentado impedido

Enfoque del diagnóstico: sentado

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación de la capacidad para alcanzar y / o mantener de forma independiente y deliberada una posición de descanso que se apoye en las nalgas y los muslos, en la que el torso está erguido.

Definir características

- Dificultad para ajustar la posición de uno
 - o ambas extremidades inferiores en una superficie irregular
- Dificultad para lograr el equilibrio postural
- Dificultad para flexionar o mover ambas caderas
- Dificultad para flexionar o mover ambas rodillas
- Dificultad para mantener el equilibrio postural
- Dificultad para estresar el torso con el peso corporal

Factores relacionados

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción cognitiva - Energía insuficiente - Fuerza muscular insuficiente - desnutrición | <p>Manifestaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - neuroconductuales - Dolor - Postura de alivio autoimpuesta |
|--|---|

Condiciones asociadas

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Metabolismo alterado - Desordenes mentales - Desorden neurológico | <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía Ortopédica - Postura prescrita - Sarcopenia |
|---|---|

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00238

De pie impedido

Enfoque del diagnóstico: de pie

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación de la capacidad para alcanzar y / o mantener el cuerpo en una posición erguida de forma independiente y deliberada desde los pies hasta la cabeza.

Definir características

- Dificultad para ajustar la posición de uno o ambas extremidades inferiores en una superficie irregular
- Dificultad para lograr el equilibrio postural
- Dificultad para extender una o ambas caderas
- Dificultad para extender una o ambas rodillas
- Dificultad para flexionar una o ambas caderas
- Dificultad para flexionar una o ambas rodillas
- Dificultad para mantener el equilibrio postural
- Dificultad para mover una o ambas caderas
- Dificultad para mover una o ambas rodillas
- Dificultad para estresar el torso con el peso corporal

Factores relacionados

- Alteración emocional excesiva
- Energía insuficiente
- Fuerza muscular insuficiente
- Resistencia física insuficiente
- Desnutrición
- Obesidad
- Dolor
- Postura de alivio
- autoimpuesta

Condiciones asociadas

- Trastorno de la perfusión circulatoria
- Metabolismo alterado
- Lesión en la extremidad inferior
- Desorden neurológico
- Postura prescrita
- Sarcopenia
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00090

Capacidad de transferencia deteriorada

Enfoque del diagnóstico: capacidad de transferencia

Aprobado en 1998 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Definir características

- Dificultad para trasladarse entre la cama y la silla
- Dificultad para cambiar entre la cama y la posición de pie
- Dificultad para trasladarse entre el coche y la silla
- Dificultad para trasladarse entre la silla y el suelo
- Dificultad para cambiar entre la silla y la posición de pie
- Dificultad para cambiar entre el suelo y la posición de pie
- Dificultad para trasladarse entre niveles desiguales
- Dificultad para trasladar dentro o fuera de la bañera
- Dificultad para entrar o salir de la ducha.
- Dificultad para trasladarse dentro o fuera de un inodoro junto a la cama
- Dificultad para trasladarse dentro o fuera del inodoro

Factores relacionados

- Disfunción congénita
- Limitaciones ambientales
- Equilibrio postural deteriorado
- Conocimiento inadecuado de la transferencia.
técnicas
- Fuerza muscular insuficiente

Manifestaciones

- neuroconductuales
- Obesidad
- Dolor
- Descondicionamiento físico

Condiciones asociadas

- Deterioro musculoesquelético
- Enfermedades neuromusculares
- Trastornos de la vista

Dominio 4 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00088

Caminar impedido

Enfoque del diagnóstico: caminar

Aprobado en 1998 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Limitación del movimiento independiente dentro del entorno a pie.

Definir características

- Dificultad para deambular en declive
 - Dificultad para caminar en pendiente
 - Dificultad para caminar en desniveles
- superficie

- Se requiere dificultad para caminar
 - distancia
 - Dificultad para subir escaleras
 - Dificultad para navegar por los bordillos

Factores relacionados

- Estado de ánimo alterado
- Disfunción cognitiva
- Limitaciones ambientales
- Miedo a caer
- Conocimientos inadecuados de movilidad.
 - estrategias
- Fuerza muscular insuficiente

- Resistencia física insuficiente
 - Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad
- Dolor
- Desacondicionamiento físico

Condiciones asociadas

- Trastornos cerebrovasculares
- Equilibrio postural deteriorado
- Deterioro musculoesquelético

- Enfermedades neuromusculares
- Trastornos de la vista

Dominio 4 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00273

Campo de energía desequilibrado

Enfoque del diagnóstico: campo energético equilibrado

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Una interrupción en el flujo vital de la energía humana que normalmente es un todo continuo y es único, dinámico, creativo y no lineal.

Definir características

- Patrones de campo de energía arrítmica
- Bloqueo del flujo de energía
- Patrones de campos de energía congestionados
- Congestión del flujo de energía.
- Ritmos disonantes de los patrones del campo energético.
- Déficit energético del flujo energético
- Expresión de la necesidad de recuperar la experiencia del todo
- Hiperactividad del flujo de energía.
- Patrones de campos de energía irregulares
- Atracción magnética a un área del campo de energía.
- Pulsando a la frecuencia palpitante de los patrones del campo de energía.
- Pulsaciones detectadas en el flujo de energía.
- Patrones de campo de energía aleatorios
- Patrones de campo de energía rápida
- Patrones de campo de energía lenta
- Patrones de campo de energía fuerte
- Diferenciales de temperatura de frío en el flujo de energía
- Diferenciales de temperatura del calor en el flujo de energía.
- Hormigueo detectado en el flujo de energía
- Patrones de campos de energía tumultuosos
- Ritmos no sincronizados detectados en el flujo de energía
- Patrones de campo de energía débil

Factores relacionados

- Ansiedad
- Incomodidad
- Estrés excesivo
- Intervenciones que interrumpen el patrón o flujo energético
- Dolor

Población en riesgo

- Individuos que experimentan una transición de vida.
- Individuos que experimentan crisis personales.

Condiciones asociadas

- Estado de salud deteriorado
- Lesión

Dominio 4 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00093

Fatiga

Foco del diagnóstico: fatiga

Aprobado en 1988 • Revisado en 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Una abrumadora sensación sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental al nivel habitual.

Definir características

- Atención alterada
- Apatía
- Disminución de la capacidad aeróbica.
- Disminución de la velocidad de la marcha.
- Dificultad para mantener la actividad física habitual
- Dificultad para mantener las rutinas habituales
- Desinterés por los alrededores
- Somnolencia
- Expresa la libido alterada
- Expresa desmoralización
- Expresa frustración
- Expresa falta de energía
- Expresa falta de alivio a través de estrategias habituales de recuperación de energía.
- Expresa cansancio
- Expresa debilidad
- Desempeño de roles inadecuado
- Aumento de los síntomas físicos.
- Mayor necesidad de descanso
- Resistencia física insuficiente
- introspección
- letargo
- cansancio

Factores relacionados

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Ansiedad
- Síntomas depresivos
- Limitaciones ambientales
- Mayor esfuerzo mental
- Mayor esfuerzo físico
- Desnutrición
- Estilo de vida no estimulante
- Dolor
- Desacondicionamiento físico
- Factores estresantes

Población en riesgo

- Individuos expuestos a negativos evento de vida
- Individuos con exigentes ocupación
- Mujeres embarazadas
- Mujeres en trabajo de parto

Condiciones asociadas

- Anemia
- Quimioterapia
- Enfermedad crónica
- Inflamación crónica

- Demencia
- Fibromialgia
- Hipotálamo-pituitaria-suprarrenal
desregulación del eje
- Miastenia gravis
- Neoplasias
- Radioterapia
- Carrera

Dominio 4 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00154

Errante

Enfoque del diagnóstico: deambular
Aprobado en 2000 • Revisado en 2017

Definición

Locomoción serpenteante, sin rumbo o repetitiva que expone al individuo a daños; frecuentemente incongruente con fronteras, límites u obstáculos.

Definir características

- Comportamiento de fuga
- Movimiento frecuente de un lugar a otro.
- Locomoción inquieta
- Locomoción fortuita
- hiperactividad
- Locomoción intercalada con no locomoción
- Locomoción en espacios no autorizados
- Locomoción que resulta en perderse
- Locomoción que no se puede disuadir fácilmente.
- Largos periodos de locomoción sin un destino aparente
- Estimulación
- Periodos de locomoción intercalados con periodos de no locomoción.
- Locomoción persistente en busca de algo.
- Comportamiento de escaneo
- Comportamiento de búsqueda
- Seguir la locomoción de un cuidador
- Entrar Sin Derecho

Factores relacionados

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Disfunción congñitiva
- Deseo de volver a casa
- Sobreestimulación ambiental
- Manifestaciones neuroconductuales
- Estado fisiológico
- Separación de lo familiar medio ambiente

Población en riesgo

- Individuos con comportamiento premórbido

Condiciones asociadas

- Atrofia cortical
- Trastorno psicológico
- Sedación

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00032

Patrón de respiración ineficaz

Foco del diagnóstico: patrón respiratorio

Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 1998, 2010, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Inspiración y / o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

Definir características

- Respiratorio paradójico abdominal patrón
- Excursión de pecho alterada
- Volumen corriente alterado
- Bradypnea
- Cianosis
- Disminución de la presión espiratoria.
- Disminución de la presión inspiratoria
- Disminución de la ventilación por minuto
- Disminución de la capacidad vital.
- Hipercapnia
- Hiperventilación
- hipoventilación
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Aumento del tórax anteroposterior diámetro
- Aleteo nasal
- Ortopnea
- Fase de espiración prolongada
- Respiración con los labios fruncidos
- Retracción subcostal
- Taquipnea
- Utiliza músculos accesorios para respirar.
- Utiliza la posición de tres puntos

Factores relacionados

- Ansiedad
- Posición del cuerpo que inhibe el pulmón.
- expansión
- fatiga
- Mayor esfuerzo físico
- Obesidad
- Dolor

Población en riesgo

- Mujer joven

Condiciones asociadas

- Deformidad ósea
- Deformidad de la pared torácica
- Pulmonar obstructiva crónica
- Síndrome de hiperventilación
- Síndrome de hipoventilación
- Mayor resistencia de las vías respiratorias

descanso

- Inmadurez neurológica
- Deterioro neurológico
- Enfermedades neuromusculares
- Complacencia pulmonar reducida
- Síndromes de apnea del sueño
- Lesiones de la médula espinal

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00029

Disminución del gasto cardíaco.

Enfoque del diagnóstico: gasto cardíaco

Aprobado en 1975 • Revisado en 1996, 2000, 2017

Definición

Volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Definir características

Ritmo / frecuencia cardíaca alterados

- Bradicardia
- Cambio de electrocardiograma
- Palpitaciones del corazón
- Taquicardia

Precarga alterada

- Disminución de la presión venosa central.
- Arteria pulmonar disminuida presión de cuña
- Edema
- Fatiga
- Soplo cardíaco
- Aumento de la presión venosa central
- Aumento de la cuña de la arteria pulmonar presión
- Distensión de la vena yugular
- Aumento de peso

Poscarga alterada

- Color de piel anormal
- Presión arterial alterada
- Piel fría y húmeda
- Disminución de los pulsos periféricos.
- Disminución de la resistencia vascular pulmonar.
- Disminución de la resistencia vascular sistémica.
- disnea
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar.
- Aumento de la resistencia vascular sistémica.
- Oliguria
- Recarga capilar prolongada

Contractilidad alterada

- Sonidos respiratorios adventicios
- tos
- Disminución del índice cardíaco
- Disminución de la fracción de eyección.
- Disminución del índice de trabajo por accidente cerebrovascular del ventrículo izquierdo.
- Disminución del índice de volumen sistólico
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Presencia de sonido cardíaco S3
- Presencia de sonido cardíaco S4

Conductual / Emocional

- Ansiedad
- Agitación psicomotora

Factores relacionados

- Para ser desarrollado

Condiciones asociadas

- Poscarga alterada
- Contractilidad alterada
- Frecuencia cardíaca alterada
- Ritmo cardíaco alterado
- Precarga alterada
- Volumen sistólico alterado

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00240

Riesgo de disminución del gasto cardíaco

Enfoque del diagnóstico: gasto cardíaco

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a un volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Para ser desarrollado

Condiciones asociadas

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| - Poscarga alterada | - Ritmo cardíaco alterado |
| - Contractilidad alterada | - Precarga alterada |
| - Frecuencia cardíaca alterada | - Volumen sistólico alterado |

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00311

Riesgo de deterioro de la función cardiovascular

Enfoque del diagnóstico: función
cardiovascular Aprobado 2020 • Nivel de
evidencia 3.4

Definición

Susceptible a alteraciones en el transporte de sustancias, la homeostasis corporal, la eliminación de residuos metabólicos de los tejidos y la función de los órganos, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ansiedad
- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Acumulación excesiva de grasa para la edad y el sexo.
- Ingesta excesiva de alcohol
- Estrés excesivo
- Hábitos dietéticos inadecuados
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- desatento al humo de segunda mano
- Manejo ineficaz del nivel de glucosa en sangre
- Manejo ineficaz de la presión arterial
- Manejo ineficaz del equilibrio lipídico
- fumar
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus.
- Personas con antecedentes familiares de dislipidemia.
- Personas con antecedentes familiares de hipertensión.
- Personas con antecedentes familiares de síndrome metabólico
- Personas con antecedentes familiares de obesidad.
- Personas con antecedentes de eventos cardiovasculares.

Hombres

- Adultos mayores
- Mujeres postmenopáusicas

Condiciones asociadas

- Depresión
- Diabetes mellitus
- dislipidemia
- hipertensión
- Resistencia a la insulina
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00278

Autocontrol ineficaz del linfedema

Enfoque del diagnóstico: autocuidado del linfedema

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con edema relacionado con obstrucción o trastornos de los vasos o ganglios linfáticos.

Definir características

Signos de linfedema

- Fibrosis en la extremidad afectada
- Hinchazón en la extremidad afectada
- Infecciones recurrentes

Síntomas de linfedema

- Expresa insatisfacción con la calidad de vida.
- Informa sensación de pesadez en la extremidad afectada
- Informa sensación de malestar en la extremidad afectada
- Informa sensación de opresión en la extremidad afectada

Comportamientos

- La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo.
- Descuidado al llevar objetos pesados
- Drenaje linfático manual inadecuado
- Desatento a las temperaturas extremas
- Protección inadecuada de la zona afectada
- Desatento a los signos de linfedema
- Aplicación inadecuada de vendajes nocturnos
- Desatento a los síntomas del linfedema
- Dieta inadecuada
- Desatento a la exposición a la luz solar
- Cuidado inadecuado de la piel
- Rango de movimiento reducido de la extremidad afectada
- Uso inadecuado de prendas de compresión
- Se niega a aplicar vendajes nocturnos
- Se niega a usar prendas de compresión.

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Conflicto entre comportamientos de salud
- Demandas competitivas
- y normas sociales
- Preferencias de estilo de vida
- Disminución de la calidad de vida

- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.
- Número inadecuado de señales para la acción
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado

Población en riesgo

- adolescentes
- Niños
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas con antecedentes de autogestión ineficaz de la salud

Condiciones asociadas

- Quimioterapia
- Insuficiencia venosa crónica
- Discapacidades del desarrollo
- Infecciones
- Procedimiento invasivo
- Cirujía importante

- Capacidad limitada para realizar aspectos del régimen de tratamiento.
- Baja autoeficacia
- Sentimientos negativos hacia el régimen de tratamiento
- Manifestaciones neuroconductuales
- No aceptación de la condición
- Barrera percibida al régimen de tratamiento
- Estigma social percibido asociado con la enfermedad.
- Percepción poco realista de la gravedad de la afección.
- Percepción poco realista de susceptibilidad a secuelas
- Percepción poco realista del beneficio del tratamiento

- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Personas con bajo nivel educativo
- Adultos mayores

- Neoplasias
- Obesidad
- Radioterapia
- Extirpación de ganglios linfáticos
- Trauma

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00281

Riesgo de autocuidado ineficaz del linfedema

Enfoque del diagnóstico: autocuidado del linfedema

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a un manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con edema relacionado con obstrucción o trastornos de los vasos o ganglios linfáticos, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Preferencias de estilo de vida que compiten
- Conflicto entre comportamientos de salud y normas sociales.
- Disminución de la calidad de vida percibida
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.
- Número inadecuado de señales para la acción
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Capacidad limitada para realizar aspectos del régimen de tratamiento.
- Baja autoeficacia
- Sentimientos negativos hacia el régimen de tratamiento
- Manifestaciones neuroconductuales
- No aceptación de la condición
- Barrera percibida al régimen de tratamiento
- Estigma social percibido asociado con la enfermedad.
- Percepción poco realista de la gravedad de la afección.
- Percepción poco realista de susceptibilidad a secuelas
- Percepción poco realista del beneficio del tratamiento

Población en riesgo

- adolescentes
- Niños
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas con antecedentes de autogestión ineficaz de la salud
- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Personas con bajo nivel educativo
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Quimioterapia
- Insuficiencia venosa crónica
- Discapacidades del desarrollo
- Infecciones
- Procedimiento invasivo
- Cirujía importante
- Neoplasias
- Obesidad
- Radioterapia
- Extirpación de ganglios linfáticos
- Trauma

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00033

Ventilación espontánea deteriorada

Enfoque del diagnóstico: ventilación espontánea Aprobado en 1992 • Revisado en 2017

Definición

Incapacidad para iniciar y / o mantener una respiración independiente que sea adecuada para sustentar la vida.

Definir características

- Aprensión
 - Disminución de oxígeno arterial saturación
 - Cooperación disminuida
 - Disminución de la presión parcial de oxígeno
 - Disminución del volumen corriente
- Mayor uso de los músculos accesorios
 - Aumento de la frecuencia cardíaca
 - Aumento de la tasa metabólica
 - Aumento de la presión parcial del bióxido de carbono (PCO₂)
 - Agitación psicomotora

Factores relacionados

- Fatiga de los músculos respiratorios

Condiciones asociadas

- metabolismo alterado

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00267

Riesgo de presión arterial inestable

Enfoque del diagnóstico: presión arterial estable

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a las fuerzas fluctuantes de la sangre que fluyen a través de los vasos arteriales, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Inconsistencia con el régimen de medicación
- Ortostasis

Condiciones asociadas

- Efecto adverso de preparados farmacéuticos
- Efectos adversos de la cocaína
- Arritmia cardíaca
- Síndrome de Cushing
- Retención de líquidos
- Cambios fluidos
- Cambio hormonal
- hiperparatiroidismo
- hipertiroidismo
- hipotiroidismo
- Aumento de la presión intracraneal
- Preparaciones farmacéuticas
- Rápida absorción y distribución de preparados farmacéuticos.
- Respuestas comprensivas

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00291

Riesgo de trombosis

Foco del diagnóstico: trombosis

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la obstrucción de un vaso sanguíneo por un trombo que puede desprenderse y alojarse en otro vaso, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Dieta aterogénica
- deshidratación
- Estrés excesivo
- Movilidad física deteriorada
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Gestión ineficaz de las medidas preventivas
- Autogestión ineficaz de la medicación
- Obesidad
- Estilo de vida sedentario
- fumar

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos ≥ 60 años
- Personas con antecedentes familiares de enfermedad trombótica
- Individuos con antecedentes de enfermedad trombótica.
- Mujeres embarazadas
- Mujeres <6 semanas posparto

Condiciones asociadas

- Aterosclerosis
- Enfermedades autoinmunes
- Trastornos de la coagulación sanguínea
- Inflamación crónica
- Enfermedad crítica
- Diabetes mellitus
- Dislipidemias
- Procedimientos endovasculares
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedades hematológicas
- Enfermedad de alta agudeza
- Terapia hormonal
- Hiperhomocisteinemia
- Infecciones
- Enfermedades renales
- Dispositivos médicos
- Síndrome metabólico
- Neoplasias
- Procedimientos quirúrgicos
- Trauma
- Enfermedades vasculares

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00200

Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco

Foco del diagnóstico: perfusión tisular

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimiento inadecuado de modificaciones de sustancia factores capaces - Mal uso de

Población en riesgo

- Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

Condiciones asociadas

- Taponamiento cardíaco
- Cirugía Cardiovascular
- Espasmo de la arteria coronaria
- Diabetes mellitus
- Proteína C reactiva elevada
- hiperlipidemia
- Hipertensión
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00201

Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral

Foco del diagnóstico: perfusión tisular

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución de la circulación del tejido cerebral, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de infarto de miocardio reciente.

Condiciones asociadas

- Tiempo de tromboplastina parcial sérico anormal
- Tiempo de protrombina sérica anormal
- Segmento de pared del ventrículo izquierdo acinético
- Disección arterial
- Aterosclerosis
- Fibrilación auricular
- Mixoma auricular
- Lesiones Cerebrales
- Neoplasia cerebral
- Estenosis carotídea
- Aneurisma cerebral
- Coagulopatía
- Miocardiopatía dilatada
- Coagulopatía intravascular diseminada
- Embolia
- hipercolesterolemia
- hipertensión
- Endocarditis infecciosa
- Válvula protésica mecánica
- Estenosis mitral
- Preparaciones farmacéuticas
- Síndrome del seno enfermo
- Régimen de tratamiento

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024–2026 si no se desarrollan factores de riesgo adicionales.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00204

Perfusión ineficaz de tejido periférico

Foco del diagnóstico: perfusión tisular

Aprobado en 2008 • Revisado en 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Disminución de la circulación sanguínea hacia la periferia, que puede comprometer la salud.

Definir características

- Ausencia de pulsos periféricos
- Función motora alterada
- Característica de la piel alterada
- Índice tobillo-brazo <0,90
- Tiempo de recarga capilar > 3 segundos
 - El color no vuelve a la extremidad baja después de 1 minuto de elevación de la pierna
- Disminución de la presión arterial en las extremidades.
- Disminución de las distancias sin dolor durante una prueba de caminata de 6 minutos
- Disminución de los pulsos periféricos.
- Curación retrasada de heridas periféricas
- Distancia en la prueba de caminata de 6 minutos por debajo del rango normal
- edema
- Dolor en las extremidades
- Soplo femoral
- Claudicación intermitente
- parestesia
- El color de la piel palidece con la elevación de las extremidades.

Factores relacionados

- Ingesta excesiva de sodio
- Conocimiento inadecuado de la enfermedad
- proceso
- Conocimiento inadecuado de modificaciones
- factores capaces
- Estilo de vida sedentario
- De fumar

Condiciones asociadas

- Diabetes mellitus
- Procedimientos endovasculares
- Hipertensión
- Trauma

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00228

Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

Foco del diagnóstico: perfusión tisular

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución de la circulación sanguínea hacia la periferia, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ingesta excesiva de sodio
- Conocimiento inadecuado de la enfermedad
- proceso
- Conocimiento inadecuado de modificaciones
- factores capaces
- Estilo de vida sedentario
- De fumar

Condiciones asociadas

- Diabetes mellitus
- Procedimientos endovasculares
- Hipertensión
- Trauma

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00034

Respuesta de destete ventilatorio disfuncional

Enfoque del diagnóstico: respuesta al destete
ventilatorio Aprobado 1992 • Revisado 2017

Definición

Incapacidad para adaptarse a niveles reducidos de soporte del ventilador mecánico que interrumpe y prolonga el proceso de destete.

Definir características

Leve

- Molestias respiratorias
- Expresa sentirse cálido
- fatiga
- Miedo al mal funcionamiento de la máquina
- Mayor enfoque en la respiración.
- Frecuencia respiratoria levemente aumentada con respecto al valor inicial
- Necesidad percibida de aumento de oxígeno
- Agitación psicomotora

Moderar

- Color de piel anormal
- aprensión
- Aumento de la presión arterial desde el valor inicial (<20 mmHg)
- Disminución de la entrada de aire en la auscultación.
- Diaforesis
- Dificultad para cooperar
- Dificultad para responder al coaching
- Expresión facial de miedo.
- Aumento de la frecuencia cardíaca con respecto al valor inicial (<20 latidos / min)
- Hiperenfocado en actividades
- Uso mínimo de los músculos accesorios respiratorios.
- Frecuencia respiratoria moderadamente aumentada sobre la línea de base

Grave

- Sonidos respiratorios adventicios
- Respiración asincronizada con el ventilador.
- Aumento de la presión arterial desde el valor inicial (\geq a 20 mmHg)
- Deterioro de la gasometría arterial desde el inicio
- Respiraciones jadeantes
- Aumento de la frecuencia cardíaca con respecto al valor inicial (\geq 20 latidos / min)
- Respiración abdominal paradójica
- Diaforesis profusa
- Respiración superficial
- Frecuencia respiratoria significativamente mayor por encima de la línea de base
- Utiliza importantes músculos accesorios respiratorios

Factores relacionados

Factores fisiológicos

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Despeje ineficaz de las vías respiratorias
- desnutrición
- Dolor

Psicológico

- Ansiedad
- Disminución de la motivación
- Temor
- desesperanza
- Conocimiento inadecuado del proceso de destete.
- Confianza inadecuada en el profesional de la salud.
- Baja autoestima
- impotencia
- Incertidumbre sobre la capacidad de destetar

Situacional

- Perturbaciones ambientales
- Ritmo inadecuado del proceso de destete
- Demandas energéticas episódicas incontroladas

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de intento de destete fallido
- Individuos con antecedentes de dependencia del ventilador > 4 días

Condiciones asociadas

- Disminución del nivel de conciencia.

Dominio 4 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00318

Respuesta de destete ventilatorio disfuncional del adulto

Enfoque del diagnóstico: respuesta al destete ventilatorio Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Incapacidad de las personas mayores de 18 años, que han requerido ventilación mecánica al menos 24 horas, para realizar una transición satisfactoria a la ventilación espontánea.

Definir características

Respuesta temprana (<30 minutos)

- Sonidos respiratorios adventicios
- Secreciones audibles de las vías respiratorias
- Disminución de la presión arterial (<90 mmHg o > 20% de reducción con respecto al valor inicial)
- Disminución de la frecuencia cardíaca (> 20% reducción de la línea de base)
- Disminución de la saturación de oxígeno (<90% cuando la fracción de la proporción de oxígeno inspirado > 40%)
- Expresa aprensión
- Expresa angustia
- Expresa temor al mal funcionamiento de la máquina
- Expresa sentirse cálido
- Hiperenfocado en actividades
- Aumento de la presión arterial (presión sistólica > 180 mmHg o > 20% del valor inicial)
- Aumento de la frecuencia cardíaca (> 140 lpm o > 20% del valor inicial)
- Aumento de la frecuencia respiratoria (> 35 rpm o > 50% sobre el valor inicial)
- Aleteo nasal
- Jadeando
- Respiración abdominal paradójica
- Necesidad percibida de aumento de oxígeno
- Agitación psicomotora
- Respiración superficial
- Utiliza importantes músculos accesorios respiratorios
- Apariencia de ojos abiertos

Respuesta intermedia (30-90 minutos)

- Disminución del pH (reducción de <7.32 o > 0.07 con respecto al valor inicial)
- Diaforesis
- Dificultad para cooperar con las instrucciones
- Hipercapnia (aumento > 50 mmHg en la presión parcial de dióxido de carbono o aumento > 8 mmHg desde el valor inicial)
- Hipoxemia (Presión parcial de oxígeno 50% u oxígeno > 6 L / min)

Respuesta tardía (> 90 minutos)

- Paro cardiorespiratorio
- Cianosis

- Fatiga
- Arritmias de aparición reciente

Factores relacionados

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Tos ineficaz
- Secreciones excesivas de las vías respiratorias
- Desnutrición

Población en riesgo

- Individuos con historial de fallos intento de destete
- Individuos con historia de extubación no planificada
- Individuos con antecedentes de pulmón desfavorable
- Individuos con predominio enfermedades
- Individuos con historia de pro-dependencia ansiada del ventilador
- Adultos mayores
- índices de extubación

Condiciones asociadas

- Desequilibrio ácido-base
- Anemia
- Shock cardiogénico
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disfunción del diafragma
- adquirida en la unidad de cuidados intensivos
- Enfermedades del sistema endocrino
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedad de alta agudeza
- Hipertermia
- Hipoxemia
- Infecciones
- Enfermedades neuromusculares
- Preparaciones farmacéuticas
- Desequilibrio agua-electrolito

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00108

Déficit de autocuidado al bañarse

Enfoque del diagnóstico: autocuidado del baño.

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de limpieza.

Definir características

- Dificultad para acceder al baño
 - Dificultad para acceder al agua
 - Dificultad para secar el cuerpo
- Dificultad para reunirse para bañarse
 - suministros
 - Dificultad para regular el agua del baño
 - Dificultad para lavar el cuerpo

Factores relacionados

- Ansiedad
 - Disfunción cognitiva
 - Disminución de la motivación
 - Limitaciones ambientales
- Movilidad física deteriorada
 - Manifestaciones neuroconductuales
 - Dolor
 - Debilidad

Población en riesgo

- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Capacidad alterada para percibir partes del cuerpo.
 - Capacidad alterada para percibir relaciones espaciales.
- Enfermedades musculoesqueléticas
 - Enfermedades neuromusculares

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00109

Vestir el déficit de autocuidado

Enfoque del diagnóstico: vestirse con el cuidado personal.

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para ponerse o quitarse la ropa de forma independiente.

Definir características

- Dificultad para elegir ropa
- Dificultad para sujetar la ropa
- Dificultad para recolectar ropa
- Dificultad para mantener la apariencia
- Dificultad para recoger la ropa.
- Dificultad para ponerse ropa en la parte inferior del cuerpo
- Dificultad para ponerse ropa en la parte superior del cuerpo
- Dificultad para ponerse varias prendas
- Dificultad para quitarse la ropa
- Dificultad para usar dispositivos de asistencia
- Dificultad para usar la cremallera

Factores relacionados

- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Disminución de la motivación
- Incomodidad
- Limitaciones ambientales
- Fatiga
- Manifestaciones neuroconductuales
- Dolor
- Debilidad

Condiciones asociadas

- Deterioro musculoesquelético
- Enfermedades neuromusculares

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00102

Alimentar el déficit de autocuidado

Enfoque del diagnóstico: alimentación del autocuidado

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para comer de forma independiente.

Definir características

- Dificultad para llevarse la comida a la boca
- Dificultad para masticar alimentos
- Dificultad para poner comida en el utensilio
- Dificultad para manipular los utensilios
- Dificultad para manipular los alimentos en la boca.
- Dificultad para abrir contenedores
- Dificultad para levantar la taza
- Dificultad para preparar la comida
- Dificultad para alimentarse a sí mismo con una comida completa
- Dificultad para alimentarse a sí mismo de una manera aceptable
- Dificultad para tragar alimentos
- Dificultad para tragar una cantidad suficiente de comida
- Dificultad para usar dispositivos de asistencia

Factores relacionados

- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
Disminución de la motivación
- Incomodidad
- Limitaciones ambientales
- Fatiga
Manifestaciones neuroconductuales
- Dolor
- Debilidad

Condiciones asociadas

- Deterioro musculoesquelético
- Enfermedades neuromusculares

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00110

Déficit de autocuidado al ir al baño

Enfoque del diagnóstico: autocuidado para ir al baño

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para realizar de forma independiente las tareas asociadas con la eliminación del intestino y la vejiga.

Definir características

- | | |
|--|--|
| - Dificultad para completar el baño | - Dificultad para llegar al baño |
| - higiene | - Dificultad para levantarse del inodoro |
| - Dificultad para descargar el inodoro | - Dificultad para sentarse en el inodoro |
| - Dificultad para manipular la ropa para ir al baño. | |

Factores relacionados

- | | |
|--------------------------------|--|
| - Ansiedad | - Movilidad física deteriorada |
| - Disfunción cognitiva | - Capacidad de transferencia deteriorada |
| - Disminución de la motivación | - Manifestaciones neuroconductuales |
| - Limitaciones ambientales | - Dolor |
| - Fatiga | - Debilidad |

Condiciones asociadas

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| - Deterioro musculoesquelético | - Enfermedades neuromusculares |
|--------------------------------|--------------------------------|

descanso

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00182

Preparación para un mejor cuidado personal

Enfoque del diagnóstico: autocuidado

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de realizar actividades para uno mismo para cumplir con las metas relacionadas con la salud, que se pueden fortalecer.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la independencia con la salud.
- Expresa el deseo de mejorar la independencia con la vida.
- Expresa el deseo de mejorar la independencia con el desarrollo personal.
- Expresa el deseo de mejorar la independencia con el bienestar.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado.
- Expresa el deseo de mejorar el cuidado personal.

Dominio 4 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00193

Auto-negligencia

Enfoque del diagnóstico: autodescuido

Aprobado en 2008 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Una constelación de comportamientos enmarcados culturalmente que involucran una o más actividades de autocuidado en las que no se logra mantener un estándar de salud y bienestar socialmente aceptado (Gibbons, Lauder & Amp; Ludwick, 2006).

Definir características

- Ambiental inadecuado sanitaria
 higiene
- Higiene personal inadecuada
- Incumplimiento de la actividad

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Elección de estilo de vida
- Miedo a la institucionalización
- Manifestaciones neuroconductuales
- Función ejecutiva deteriorada
- Factores estresantes
- Incapacidad para mantener el control
- Mal uso de sustancia

Condiciones asociadas

- Síndrome de Capgras
- Proceso de enfermedad
- Disfunción del lóbulo frontal
- Desórdenes mentales
- Deterioro funcional
- Desórdenes psicóticos
- Discapacidad de aprendizaje

Dominio 5. Percepción / cognición

El sistema de procesamiento humano que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1. Atención

Disposición mental para notar u observar

Código	Diagnóstico	Página
00123	Descuido unilateral	325

Clase 2. Orientación

Conciencia de tiempo, lugar y persona.

Código	Diagnóstico	Página
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.		

Clase 3. Sensación / percepción

Recibir información a través de los sentidos del tacto, el gusto, olfato, visión, audición y cinestesia, y el comprensión de datos sensoriales que resultan en nombrar, asociación y / o reconocimiento de patrones

Código	Diagnóstico	Página
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.		

Clase 4. Cognición

Uso de la memoria, aprendizaje, pensamiento, resolución de problemas, abstracción, juicio, intuición, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje

Código	Diagnóstico	Página
00128	Confusión aguda	326
00173	Riesgo de confusión aguda	327
00129	Confusión crónica	328

00251	Control emocional lábil	329
00222	Control ineficaz de impulsos	330
00126	Conocimiento deficiente	331
00161	Disponibilidad para mejorar el conocimiento	332
00131	Deterioro de la memoria	333
00279	Proceso de pensamiento perturbado	334

Clase 5. Comunicación
Enviar y recibir información verbal y no verbal

Código	Diagnóstico	Página
00157	Preparación para una comunicación mejorada	335
00051	Comunicación verbal deteriorada	336

Dominio 5 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00123

Descuido unilateral

Enfoque del diagnóstico: negligencia unilateral

Aprobado en 1986 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Deterioro en la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por falta de atención a un lado y exceso de atención al lado opuesto. La negligencia del lado izquierdo es más grave y persistente que la negligencia del lado derecho.

Definir características

- Comportamiento de seguridad alterado en el lado desatendido
- Lateralización del sonido perturbado
- No vestirse del lado descuidado
- No comer alimentos de la porción del plato en el lado descuidado
- No acicalar el lado descuidado
- No mover los ojos en el hemisferio descuidado.
- No mover la cabeza en el hemisferio descuidado.
- No mover las extremidades en el hemisferio descuidado.
- No mover el tronco en el hemisferio descuidado.
- No notar que las personas se acercan desde el lado descuidado.
- Hemianopsia
- Rendimiento deteriorado en pruebas de bisección de línea
- Rendimiento deteriorado en pruebas de cancelation en línea
- Rendimiento deteriorado en las pruebas de cancelación de objetivos
- Hemiplejía izquierda por accidente cerebrovascular
- Desviación marcada de los ojos a los estímulos en el lado no descuidado
- Desviación marcada del tronco a estímulos en el lado no descuidado
- Omisión de dibujo en el lado descuidado
- perseveración
- Descuido representacional
- Sustitución de letras para formar palabras alternativas al leer
- Transferencia de la sensación de dolor al lado no descuidado.
- Desconocido de la posición de la extremidad desatendida
- Descuido visuoespacial unilateral
- Utiliza la mitad vertical de la página solo al escribir

Factores relacionados

- Para ser desarrollado

Condiciones asociadas

- Lesiones Cerebrales

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00128

Confusión aguda

Foco del diagnóstico: confusión

Aprobado en 1994 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo y que duran menos de 3 meses.

Definir características

- Rendimiento psicomotor alterado
- Seguimiento inadecuado con comportamiento dirigido a objetivos
- Disfunción cognitiva
- Seguimiento inadecuado con comportamiento intencionado
- Dificultad para iniciar comportamiento
- Dificultad para iniciar intencionalmente comportamiento
- Percepción errónea
- Manifestaciones neuroconductuales
- Alucinaciones
- Agitación psicomotora

Factores relacionados

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Dolor
- Deshidratación
- Privación sensorial
- Movilidad física deteriorada
- Mal uso de sustancia
- Uso inapropiado de físcico restricción
- Retención urinaria
- desnutrición

Población en riesgo

- Individuos de ≥ 60 años
- Hombres
- Personas con antecedentes de accidente vascular cerebral.

Condiciones asociadas

- Disminución del nivel de conciencia.
- Trastornos neurocognitivos
- Metabolismo alterado
- Preparaciones farmacéuticas
- Infecciones

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00173

Riesgo de confusión aguda

Foco del diagnóstico: confusión

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Susceptible a alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo y que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ciclo de sueño-vigilia alterado
- Deshidratación
- Movilidad física deteriorada
- Uso inapropiado de físcico restricción
- desnutrición
- Dolor
- Privación sensorial
- Mal uso de sustancia
- Retención urinaria

Población en riesgo

- Individuos de ≥ 60 años
- Personas con antecedentes de accidente vascular cerebral.
- Hombres

Condiciones asociadas

- Disminución del nivel de conciencia.
- Metabolismo alterado
- Infecciones
- Trastornos neurocognitivos
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00129

Confusión crónica

Foco del diagnóstico: confusión

Aprobado en 1994 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Alteraciones irreversibles, progresivas, insidiosas de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción, que duran más de 3 meses.

Definir características

- Personalidad alterada
- Dificultad para recuperar información al hablar
- Dificultad en la toma de decisiones
- Habilidades de funcionamiento ejecutivo deterioradas
- Funcionamiento psicosocial deteriorado
- Incapacidad para realizar al menos una actividad diaria
- Habla incoherente
- Pérdida de memoria a largo plazo
- Cambio marcado en el comportamiento
- Pérdida de la memoria a corto plazo

Factores relacionados

- Dolor crónico
- Estilo de vida sedentario
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Individuos \geq 60 años

Condiciones asociadas

- Enfermedades del sistema nervioso central neurocognitivos
- Virus de inmunodeficiencia humana - Carrera infecciones
- Desórdenes mentales
- Trastornos

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00251

Control emocional lábil

Foco del diagnóstico: control emocional

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Arrebatos incontrolables de expresión emocional exagerada e involuntaria.

Definir características

- Ausencia de contacto visual
- Llorando
- Llanto excesivo sin sentir tristeza.
- Risa excesiva sin sentir felicidad
- Expresa vergüenza con respecto a la expresión emocional.
- Expresión de emoción incongruente con el factor desencadenante.
- Comunicación no verbal deteriorada
- Llanto involuntario
- Risa involuntaria
- Alienación social
- Llanto incontrolable
- Risa incontrolable
- Retirada de situación laboral

Factores relacionados

- Autoestima alterada
- Alteración emocional excesiva
- Fatiga
- Conocimiento inadecuado sobre control de síntomas
- Conocimiento inadecuado de la enfermedad.
- Fuerza muscular insuficiente
- Angustia social
- Factores estresantes
- Mal uso de sustancia

Condiciones asociadas

- Lesiones Cerebrales
- Deterioro funcional
- Desordenes mentales
- Trastornos del estado de ánimo
- Deterioro musculoesquelético
- Preparaciones farmacéuticas
- Discapacidad física

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00222

Control ineficaz de impulsos

Enfoque del diagnóstico: control de impulsos

Aprobado 2010 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de realizar reacciones rápidas y no planificadas a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para el individuo impulsivo o para los demás.

Definir características

- Actuando sin pensar
- Hacer preguntas personales a pesar de malestar de los demás
- Comportamiento peligroso
- Adicción al juego
- Capacidad alterada para regular finanzas
- Intercambio inadecuado de información personal.
- detalles
- Estado de ánimo irritable
- Demasiado familiarizado con extraños
- La búsqueda de sensaciones
- Promiscuidad sexual
- Arrebatos de temperamento

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Desesperación
- Trastornos del estado de ánimo
- Manifestaciones neuroconductuales
- De fumar
- Mal uso de sustancia

Condiciones asociadas

- Desarrollo alterado
- Discapacidades del desarrollo
- Trastornos neurocognitivos
- Desorden de personalidad

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00126

Conocimiento deficiente

Foco del diagnóstico: conocimiento

Aprobado en 1980 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Ausencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

Definir características

- Seguimiento inexacto de instrucción
- Rendimiento inexacto en una prueba

Factores relacionados

- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Síntomas depresivos
- Acceso inadecuado a los recursos
- Conocimiento inadecuado de los recursos
- Compromiso inadecuado con el aprendizaje
- Información inadecuada
- Interés inadecuado por aprender

- Declaraciones inexactas sobre un tema
- Comportamiento inapropiado

- Conocimiento inadecuado de los recursos
- Participación inadecuada en la planificación de la atención.
- Confianza inadecuada en el profesional de la salud.
- Baja autoeficacia
- desinformación
- Manifestaciones neuroconductuales

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos analfabetos

- Personas con bajo nivel educativo

Condiciones asociadas

- depresión
- Discapacidades del desarrollo

- Trastornos neurocognitivos

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00161

Disponibilidad para mejorar el conocimiento

Foco del diagnóstico: conocimiento

Aprobado en 2002 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar el aprendizaje.

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00131

Deterioro de la memoria

Foco del diagnóstico: memoria

Aprobado en 1994 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Incapacidad persistente para recordar o recordar bits de información o habilidades, mientras se mantiene la capacidad de realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria.

Definir características

- Se olvida constantemente de realizar un comportamiento a la hora programada
- Dificultad para adquirir una nueva habilidad
- Dificultad para adquirir nuevos información
- Dificultad para recordar eventos
- Dificultad para recordar hechos información
- Dificultad para recordar nombres familiares
- Dificultad para recordar objetos familiares
- Dificultad para recordar palabras familiares
- Dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado
- Dificultad para retener una nueva habilidad
- Dificultad para retener nuevos información

Factores relacionados

- Síntomas depresivos Estimulación intelectual inadecuada.
- Motivación inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Aislamiento social Desequilibrio agua-electrolito

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente individuos
- Individuos de ≥ 60 años
- Individuos con bajo nivel educativo nivel

Condiciones asociadas

- Anemia
- Hipoxia cerebral
- Trastornos cognitivos

Dominio 5 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00279

Proceso de pensamiento perturbado

Enfoque del diagnóstico: proceso de pensamiento

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Interrupción en el funcionamiento cognitivo que afecta los procesos mentales involucrados en el desarrollo de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.

Definir características

- Dificultad para comunicarse verbalmente
- Dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.
- Secuencia de pensamientos desorganizada
- Expresa pensamientos irreales
- Interpretación deficiente de los hechos
- Alteración de juicio
- Respuesta emocional inadecuada a situaciones.
- Capacidad limitada para encontrar soluciones a situaciones cotidianas.
- Capacidad limitada para tomar decisiones.
- Capacidad limitada para desempeñar los roles sociales esperados.
- Capacidad limitada para planificar actividades.
- Capacidad limitada de control de impulsos
- obsesiones
- Trastornos fóbicos
- sospechas

Factores relacionados

- Confusión aguda
- Ansiedad
- Desorientación
- Temor
- Afligido
- Síntomas depresivos no psicóticos
- Dolor
- Factores estresantes
- Mal uso de sustancia
- Traumatismo no abordado

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente individuos
- Individuos en el postoperatorio temprano
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas

Condiciones asociadas

- Lesiones Cerebrales
- Enfermedad crítica
- Alucinaciones
- Desordenes mentales Trastornos neurodegenerativos
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 5 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00157

Preparación para una comunicación mejorada

Enfoque del diagnóstico: comunicación

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de intercambio de información e ideas con otros, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la comunicación.

Dominio 5 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00051

Comunicación verbal deteriorada

Foco del diagnóstico: comunicación verbal

Aprobado en 1983 • Revisado en 1996, 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Capacidad disminuida, retrasada o ausente para recibir, procesar, transmitir y / o usar un sistema de símbolos.

Definir características

- Ausencia de contacto visual
- Agrafía
- Comunicación alternativa
- Anarthria
- Afasia
- Comunicación aumentativa
- Disminución de la productividad del habla
- Disminución de la velocidad del habla
- Disminución de la disposición a participar
 - paté en la interacción social
- Dificultad para comprender comunicación
- Dificultad para establecer Interacción
- Dificultad para mantener comunicación
- Dificultad para usar expresiones corporales
- Dificultad para usar expresiones faciales
- Dificultad con la atención selectiva
- Muestra emociones negativas
- Disartria
- Disgrafía
- Dislalia
- Afonía
- Fatigado por la conversación
- Discapacidad para hablar.
- Capacidad alterada para usar el cuerpo
 - expresiones
- Capacidad alterada para usar el facial.
 - expresiones
- Incapacidad para hablar el idioma de cuidador
- Verbalización inapropiada
- Negativa obstinada a hablar
- Habla arrastrada

Factores relacionados

- Autoconcepto alterado
- Disfunción congñitiva
- Disnea
- Labilidad emocional
- Limitaciones ambientales
- Estimulación inadecuada
- Baja autoestima
- Vulnerabilidad percibida
- Barreras psicológicas
- Valores incongruentes con los culturales.
 - normas

Población en riesgo

- Individuos que enfrentan barreras
- Individuos con comunicación

físicas

- Individuos en el postoperatorio
- temprano
- período tivo
- Individuos incapaces de verbalizar
- barreras
- Individuos sin un significativo
- otro

33

6

Condiciones asociadas

- Percepción alterada
- Enfermedades del sistema nervioso central
 - Discapacidades del desarrollo
 - Parálisis facial flácida
 - Espasmo hemifacial
 - Enfermedad de la neuronas motoras
 - Neoplasias
 - Trastornos neurocognitivos
- Defecto orofaríngeo
- Enfermedades del sistema nervioso periférico
 - Desórdenes psicóticos
 - Debilidad de los músculos respiratorios
 - Sialorrea
 - Trastornos del habla
 - Enfermedades de la lengua
 - Traqueotomía
 - Régimen de tratamiento
 - Insuficiencia velofaríngea
 - Disfunción de las cuerdas vocales

Dominio 6.

Autopercepción

Conciencia sobre uno mismo

Clase 1. Autoconcepto La (s) percepción (es) sobre el yo total		
Código	Diagnóstico	Página
00124	Desesperación	341
00185	Disponibilidad para una mayor esperanza	343
00174	Riesgo por la dignidad humana comprometida	344
00121	Identidad personal perturbada	345
00225	Riesgo de alteración de la identidad personal	346
00167	Disponibilidad para mejorar el autoconcepto	347
Clase 2. Autoestima Evaluación de la propia valía, capacidad, importancia, Y éxito		
Código	Diagnóstico	Página
00119	Baja autoestima crónica	348
00224	Riesgo de baja autoestima crónica	350
00120	Baja autoestima situacional	351
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	353

Clase 3. Imagen corporal
Una imagen mental del propio cuerpo.

Código	Diagnóstico	Página
00118	Imagen corporal alterada	355

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00124

Desesperación

Enfoque del diagnóstico: esperanza

Aprobado 1986 • Revisado 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

La sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición.

Definir características

- anorexia
- Conductas de evitación
- Disminución de la pantalla afectiva
- Iniciativa disminuida
- Disminución de la respuesta a los estímulos.
- Disminución de la verbalización
- Síntomas depresivos
- Expresa abatimiento
- Expresa una esperanza disminuida
- Expresa sentimiento de futuro incierto
- Expresa una motivación inadecuada para el futuro
- Expresa expectativas negativas sobre sí mismo.
- Expresa expectativas negativas sobre el futuro.
- Expresa sensación de incompetencia para cumplir con los objetivos.
- Participación inadecuada en el autocuidado.
- Sobreestima la probabilidad de eventos desafortunados
- pasividad
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Comportamientos suicidas
- Incapaz de imaginar la vida en el futuro.
- Subestima la ocurrencia de eventos positivos

Factores relacionados

- Estrés crónico
- Temor
- Apoyo social inadecuado
- Pérdida de la fe en el poder espiritual.
- Pérdida de la fe en lo trascendente. valores
- Baja autoeficacia
- Inmovilidad prolongada
- Aislamiento social
- Violencia no abordada
- Enfermedad grave
- incontrolada
- síntomas

Población en riesgo

- adolescentes
- Personas desplazadas
- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan infertilidad
- Individuos que experimentan pérdidas significativas
- Personas con antecedentes de intento de suicidio.
- Personas con historial de abandono

- Adultos mayores
- Individuos desempleados

Condiciones asociadas

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crítica - Depresión - Deterioro fisiológico condición - Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. | <ul style="list-style-type: none"> Desordenes - mentales - Neoplasias - Enfermedad terminal |
|---|---|

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00185

Disponibilidad para una mayor esperanza

Enfoque del diagnóstico: esperanza

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Un patrón de expectativas y deseos de movilizar energía para lograr resultados positivos, o evitar una situación potencialmente amenazante o negativa, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la capacidad para establecer metas alcanzables.
- Expresa el deseo de aumentar la fe en las posibilidades.
 - Expresa el deseo de mejorar la congruencia de las expectativas con el objetivo.
- Expresa el deseo de mejorar la fuerza interior profunda.
- Expresa el deseo de mejorar la prestación y la recepción de cuidados.
- Expresa el deseo de mejorar el dar y recibir amor.
- Expresa el deseo de mejorar la iniciativa.
- Expresa el deseo de mejorar la participación en el cuidado personal.
- Expresa el deseo de mejorar la perspectiva positiva de la vida.
- Expresa el deseo de mejorar la resolución de problemas para alcanzar la meta.
- Expresa el deseo de mejorar el sentido de la vida.
- Expresa el deseo de mejorar la espiritualidad.

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00174

Riesgo por la dignidad humana comprometida

Enfoque del diagnóstico: dignidad humana

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de pérdida percibida de respeto y honor, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Deshumanización
- Divulgación de información confidencial
- Exposición del cuerpo
- Humillación
- Comprensión inadecuada de la información sanitaria.
- Privacidad insuficiente
- Intrusión por parte del médico
- Pérdida de control sobre la función corporal.
- Estigma social percibido
- Valores incongruentes con las normas culturales.

Población en riesgo

- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00121

Identidad personal perturbada

Enfoque del diagnóstico: identidad personal

Aprobado en 1978 • Revisado en 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para mantener una percepción integral y completa de sí mismo.

Definir características

- Imagen corporal alterada
- Confusión sobre valores culturales
- Confusión sobre las metas
- Confusión sobre valores ideológicos
- Descripción delirante de uno mismo
- Expresa sensación de vacío
- Expresa sentimiento de extrañeza
- Sentimientos fluctuantes sobre uno mismo.
- Capacidad alterada para distinguir entre estímulos internos y externos.
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Desempeño de roles inadecuado
- Comportamiento inconsistente
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Denuncias de discriminación social

Factores relacionados

- Rol social alterado
- Adoctrinamiento de culto
- Procesos familiares disfuncionales
- Conflicto de género
- Baja autoestima
- Discriminación social percibida
- Valores incongruentes con los culturales. normas

Población en riesgo

- Los individuos que experimentan el desarrollo tóxicos transición mental
- Individuos que experimentan situaciones crisis nacional
- Individuos expuestos a químicos

Condiciones asociadas

- Trastorno de identidad disociativo
- Desórdenes mentales
- Trastornos neurocognitivos
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00225

Riesgo de alteración de la identidad personal

Enfoque del diagnóstico: identidad personal

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la incapacidad de mantener una percepción integral y completa de sí mismo, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Rol social alterado
- Adoctrinamiento de culto
- Procesos familiares disfuncionales
- Conflicto de género
- Baja autoestima
- Discriminación social percibida
- Valores incongruentes con los culturales.
- normas

Población en riesgo

- Los individuos que experimentan el desarrollo expuestos a tóxicos transición mental
- Individuos que experimentan situaciones crisis nacional
- Individuos quimicos

Condiciones asociadas

- Trastorno de identidad disociativo
- Desordenes mentales
- Trastornos neurocognitivos
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 6 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00167

Disponibilidad para mejorar el autoconcepto

Enfoque del diagnóstico: autoconcepto

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la aceptación de las limitaciones.
- Expresa el deseo de mejorar la aceptación de las fortalezas.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con la imagen corporal.
- Expresa el deseo de mejorar la confianza en las habilidades.
- Expresa el deseo de mejorar la congruencia entre acciones y palabras.
- Expresa el deseo de mejorar el desempeño de sus funciones.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con la identidad personal.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con sentido de valía.
- Expresa el deseo de mejorar la autoestima.

Dominio 6 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00119

Baja autoestima crónica

Enfoque del diagnóstico: autoestima

Aprobado en 1988 • Revisado en 1996, 2008, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Percepción negativa de larga data de la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.

Definir características

- Depende de las opiniones de los demás
- Sintomas depresivos
- Culpa excesiva
- Excesiva búsqueda de tranquilidad.
- Expresa soledad
- Desesperación
- Insomnio
- Soledad
- Comportamiento no asertivo
- Comportamientos demasiado conformes
- Contacto visual reducido
- Rechaza la retroalimentación positiva
- Reporta fallas repetidas
- Rumia
- Verbalizaciones autonegativas
- Vergüenza
- Ideación suicida
- Subestima la capacidad de lidiar con situación

Factores relacionados

- Disminución de la aceptación consciente
- Dificultad para administrar las finanzas
- Imagen corporal alterada
- fatiga
- Miedo al rechazo
- Religiosidad deteriorada
- Afecto inadecuado recibido
- Comportamiento de apego inadecuado
- Cohesión familiar inadecuada
- Membresía de grupo inadecuada
- Respeto inadecuado de los demás
- Sentido de pertenencia inadecuado
- Individuos que experimentan fallas repetidas

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas

- Apoyo social inadecuado
- Habilidades de comunicación ineficaces
- Aprobación insuficiente de los demás
- Baja autoeficacia
- Duelo inadaptado
- Renuncia negativa
- Refuerzo negativo repetido
- Incongruencia espiritual
- Estigmatización

- Estresores
- Valores incongruentes con las normas culturales.

- Personas expuestas a situaciones traumáticas
- Individuos con transición de desarrollo-mental difícil

- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de abuso

- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de pérdida

Condiciones asociadas

- depresión
- Deterioro funcional

- Desordenes mentales
- Enfermedad física

Dominio 6 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00224

Riesgo de baja autoestima crónica

Enfoque del diagnóstico: autoestima

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a una percepción negativa de larga data de la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la actitud hacia sí mismo, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disminución de la aceptación consciente
- Dificultad para administrar las finanzas
- Imagen corporal alterada
- fatiga
- Miedo al rechazo
- Religiosidad deteriorada
- Afecto inadecuado recibido
- Comportamiento de apego inadecuado
- Cohesión familiar inadecuada
- Membresía de grupo inadecuada
- Respeto inadecuado de los demás
- Sentido de pertenencia inadecuado
- Apoyo social inadecuado
- Habilidades de comunicación ineficaces
- Aprobación insuficiente de los demás
- Baja autoeficacia
- Duelo inadaptado
- Renuncia negativa
- Refuerzo negativo repetido
- Incongruencia espiritual
- Estigmatización
- Estresores
- Valores incongruentes con las normas culturales.

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan fallas repetidas
- Personas expuestas a situaciones traumáticas
- Individuos con transición de desarrollo-mental difícil
- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de pérdida

Condiciones asociadas

- Depresión
- Deterioro funcional
- Desordenes mentales
- Enfermedad física

Dominio 6 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00120

Baja autoestima situacional

Enfoque del diagnóstico: autoestima

Aprobado en 1988 • Revisado en 1996, 2000, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual.

Definir características

- Síntomas depresivos
- Expresa soledad
- Impotencia
- Comportamiento indeciso
- Insomnio
- Soledad
- Comportamiento no asertivo
- Falta de propósito
- Rumia
- Verbalizaciones autonegativas
- Subestima la capacidad de lidiar con situación

Factores relacionados

- Comportamiento incongruente con los valores.
- Disminución del control ambiental
 - Disminución de la aceptación consciente
- Dificultad para aceptar alteraciones en
 - papel social
 - Dificultad para administrar las finanzas
 - Imagen corporal alterada
 - Fatiga
 - Miedo al rechazo
- Religiosidad deteriorada
 - Comportamiento de apego inadecuado
- Cohesión familiar inadecuada
- Respeto inadecuado de los demás
- Apoyo social inadecuado
 - Habilidades de comunicación ineficaces
- Baja autoeficacia
- Perfeccionismo desadaptativo
- Resignación negativa
- Impotencia
- Estigmatización
- Factores estresantes
 - Expectativas poco realistas de uno mismo
- Valores incongruentes con los culturales.
 - normas

Población en riesgo

- Individuos que experimentan un cambio
 - en el entorno de vida
 - Individuos que experimentan alteración
 - en imagen corporal
- Individuos que experimentan la muerte de
 - un otro significativo
- Individuos en divorcio
- Individuos que experimentan nuevas adiciones

6. Autopercepción

- Personas que experimentan un embarazo no planificado
- Individuos con transición de desarrollo-mental difícil
- Personas con historial de abandono

Condiciones asociadas

- Depresión
- Deterioro funcional

- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de pérdida
- Personas con historial de rechazo

- Desordenes mentales
- Enfermedad física

Dominio 6 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00153

Riesgo de baja autoestima situacional

Enfoque del diagnóstico: autoestima

Aprobado en 2000 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible de cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Comportamiento incongruente con los valores.
- Disminución del control ambiental
 - Disminución de la aceptación consciente
- Dificultad para aceptar alteraciones en
 - papel social
 - Dificultad para administrar las finanzas
 - Imagen corporal alterada
 - Fatiga
 - Miedo al rechazo
 - Religiosidad deteriorada
 - Comportamiento de apego inadecuado
- Cohesión familiar inadecuada
- Respeto inadecuado de los demás
- Apoyo social inadecuado
- Individuos que experimentan repetidos
 - falla
 - Habilidades de comunicación ineficaces
 - Baja autoeficacia
- Perfeccionismo desadaptativo
- Resignación negativa
- Impotencia
- Estigmatización
- Factores estresantes
- Expectativas poco realistas de uno mismo
- Valores incongruentes con los culturales.
- normas

Población en riesgo

- Individuos que experimentan un cambio en el entorno de vida.
- Individuos que experimentan alteraciones en la imagen corporal.
- Individuos que experimentan alteración en la situación económica.
- Individuos que experimentan alteración en la función del rol.
- Individuos que experimentan la muerte de una pareja
- Individuos en divorcio
- Individuos que experimentan nuevas adiciones a la familia.
- Personas que experimentan un embarazo no planificado
- Individuos con transición de desarrollo-mental difícil
- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abandono
- Personas con historial de pérdida
- Personas con historial de rechazo

Condiciones asociadas

- Depresión
- Deterioro funcional
- Desordenes mentales
- Enfermedad física

Dominio 6 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00118

Imagen corporal alterada

Enfoque del diagnóstico: imagen corporal

Aprobado 1973 • Revisado 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Imagen mental negativa del yo físico.

Definir características

- Propiocepción alterada
- Implicación social alterada
- Evita mirar el propio cuerpo
- Evita tocarse el cuerpo.
- Se compara constantemente con los demás.
- Síntomas depresivos
- Expresa preocupaciones sobre la sexualidad.
- Expresa miedo a la reacción de los demás.
- Expresa preocupación por el cambio.
- Expresa preocupación por la parte faltante del cuerpo
- Centrado en la apariencia pasada
- Centrado en la función pasada
- Centrado en la fuerza pasada
- Se pesa frecuentemente
- Oculta parte del cuerpo
- Monitorea los cambios en el cuerpo.
- Nombres parte del cuerpo
- Nombres de la parte del cuerpo que falta
- Descuida la parte del cuerpo que no funciona
- Respuesta no verbal a los cambios corporales.
- Respuesta no verbal a los cambios corporales percibidos
- Sobreexpone parte del cuerpo
- Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia.
- Se niega a reconocer el cambio.
- Informa que siente que uno ha fallado en la vida.
- Ansiedad social
- Utiliza pronombres impersonales para describir partes del cuerpo.
- Utiliza pronombres impersonales para describir la parte del cuerpo que falta

Factores relacionados

- Conciencia corporal
- Disfunción cognitiva
- Conflicto entre creencias espirituales y régimen de tratamiento.
- Conflicto entre valores y normas culturales.
- Desconfianza de la función corporal
- Miedo a la reaparición de la enfermedad.
- Baja autoeficacia
- Baja autoestima
- Obesidad
- Dolor de extremidades residuales
- Percepción poco realista del resultado del tratamiento
- Expectativas propias poco realistas

Población en riesgo

- Sobrevivientes de cáncer
- Individuos que experimentan un peso corporal alterado
- Individuos que experimentan una transición de desarrollo mental
- Personas que experimentan la pubertad
- Personas con función corporal alterada
- Personas con cicatrices
- Individuos con estomas
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Trastorno por atracón
- Dolor crónico
- Fibromialgia
- Virus de inmunodeficiencia humana
- infecciones
- Funcionamiento psicosocial deteriorado
- Desordenes mentales
- Procedimientos quirúrgicos
- Régimen de tratamiento
- Heridas y heridas

Dominio 7. Relación de roles

Las conexiones o asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran esas conexiones.

Clase 1. Roles de cuidado
Patrones de comportamiento socialmente esperados por personas que brindan atención que no son profesionales de la salud

Código	Diagnóstico	Página
00056	Paternidad deteriorada	359
00057	Riesgo de paternidad deteriorada	361
00164	Disponibilidad para mejorar la crianza de los hijos	363
00061	Tensión del rol del cuidador	364
00062	Riesgo de tensión en el rol del cuidador	367

Clase 2. Relaciones familiares
Asociaciones de personas que están relacionadas biológicamente o relacionado por elección

Código	Diagnóstico	Página
00058	Riesgo de apego deteriorado	369
00283	Síndrome de identidad familiar perturbada	370
00284	Riesgo de síndrome de identidad familiar perturbada	372
00063	Procesos familiares disfuncionales	373
00060	Procesos familiares interrumpidos	376
00159	Preparación para procesos familiares mejorados	377

Clase 3. Desempeño de roles
Calidad de funcionamiento en el comportamiento
socialmente esperado.
patrones

Código	Diagnóstico	Página
00223	Relación ineficaz	378
00229	Riesgo de relación ineficaz	379
00207	Preparación para una relación mejorada	380
00064	Conflicto de rol de los padres	381
00055	Desempeño ineficaz de roles	382
00052	Interacción social deteriorada	384

Dominio 7 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00056

Paternalidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: crianza de los hijos

Aprobado en 1978 • Revisado en 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Limitación del cuidador principal para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos del niño, a través de un ejercicio de autoridad consistente y empático y un comportamiento apropiado en respuesta a las necesidades del niño.

Definir características

Síntomas de externalización de los padres

- Conductas de crianza hostiles
- Comportamientos intrusivos
- Comportamientos impulsivos
- Comunicación negativa

Síntomas de internalización de los padres

- Disminución de la participación en las relaciones entre padres e hijos.
- Respuesta inadecuada a las señales de comportamiento del bebé.
- Disminución del temperamento positivo
- Arreglos inapropiados para el cuidado de niños
- Disminución de la calidad de la atención subjetiva.
- Rechaza niño
- Cambios extremos de humor
- Alienación social
- No proporcionar un entorno hogareño seguro

Bebé o niño

- Ansiedad
- Alteraciones extremas del estado de ánimo.
- Conduce problemas
- Bajo rendimiento académico
- Desarrollo cognitivo retrasado
- Obesidad
- Síntomas depresivos
- Cambio de roles
- Dificultad para establecer una intimidad saludable
- Quejas somáticas
- mate relaciones interpersonales
- Mal uso de sustancia
- Dificultad para funcionar socialmente
- Dificultad para regular la emoción

Factores relacionados

- Papel parental alterado
- Dificultad en el manejo de tratamientos complejos
- Disminución del reconocimiento de emociones.
- régimen de ment

- habilidades
- Síntomas depresivos

- Procesos familiares
- disfuncionales
- Vacilación emocional

- Alto uso de dispositivos conectados a Internet
- Conocimientos inadecuados sobre el desarrollo infantil.
- Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la salud infantil.
- Modelo de rol parental inadecuado
- Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas.
- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- desatento a las necesidades del niño

Población en riesgo

Padre

- adolescentes
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas sin hogar
- Individuos que experimentan abuso de sustancias en la familia
- Individuos que experimentan una crisis situacional
- Personas con antecedentes familiares de shock postraumático.
- Personas con historial de abuso

Bebé o niño

- Niños que experimentan una separación prolongada de sus padres
- Niños con temperamento difícil

Condiciones asociadas

Padre

- Depresión

Bebé o niño

- Trastorno de conducta
Régimen de tratamiento
- complejo

- Aumento de los síntomas de ansiedad.
- Baja autoeficacia
- Conflicto matrimonial
- Ciclo de sueño-vigilia no reparador
- Tensión económica percibida
- Aislamiento social
- Mal uso de sustancia
- Violencia de pareja íntima no abordada

- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abandono
- Personas con antecedentes de exposición a la violencia.
- Personas con antecedentes de atención prenatal inadecuada
- Personas con antecedentes de estrés prenatal
- Personas con bajo nivel educativo
- Padres monoparentales

- Niños con un género diferente al deseado por los padres
- Niños con antecedentes de hospitalización en cuidados intensivos neonatales
- Bebés prematuros

- Desordenes mentales

- Trastorno emocional
- Discapacidades del neurodesarrollo

Dominio 7 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00057

Riesgo de paternidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: crianza de los hijos

Aprobado en 1978 • Revisado en 1998, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Cuidador primario susceptible a una limitación para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos del niño, a través de un ejercicio de autoridad consistente y empático y un comportamiento apropiado en respuesta a las necesidades del niño.

Factores de riesgo

- Rol parental alterado
- Disminución de la capacidad de reconocimiento de emociones.
- Síntomas depresivos
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Procesos familiares disfuncionales
- Vacilación emocional
- Alto uso de dispositivos conectados a Internet
- Conocimientos inadecuados sobre el desarrollo infantil.
- Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la salud infantil.
- Modelo de rol parental inadecuado
- Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas.
- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- desatento a las necesidades del niño
- Aumento de los síntomas de ansiedad.
- Baja autoeficacia
- Conflicto matrimonial
- Ciclo de sueño-vigilia no reparador
- Tensión económica percibida
- Aislamiento social
- Mal uso de sustancia
- Violencia de pareja íntima no abordada

Población en riesgo

Padre

- adolescentes
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas sin hogar
- Individuos que experimentan abuso de sustancias en la familia
- Individuos que experimentan una crisis situacional
- Personas con antecedentes familiares de shock postraumático.
- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de abandono
- Personas con antecedentes de exposición a la violencia.
- Personas con antecedentes de atención prenatal inadecuada
- Personas con antecedentes de estrés prenatal
- Personas con bajo nivel educativo
- Padres monoparentales

Bebé o niño

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Los niños que experimentan un prolongado separación de los padres - Niños con di ffi culta temperamento | <ul style="list-style-type: none"> - Niños con un género diferente al deseado por los padres - Niños con antecedentes de hospitalización en cuidados intensivos neonatales - Bebés prematuros |
|--|--|

Condiciones asociadas

Padre

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Depresión | <ul style="list-style-type: none"> - Desordenes mentales |
|---|---|

Bebé o niño

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de conducta - Régimen de tratamiento complejo | <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno emocional - Discapacidades del neurodesarrollo |
|--|---|

Dominio 7 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00164

Disponibilidad para mejorar la crianza de los hijos

Enfoque del diagnóstico: crianza de los hijos

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de cuidador principal para nutrir, proteger y promover el crecimiento y desarrollo óptimos del niño, a través de un ejercicio de autoridad consistente y empático y un comportamiento apropiado en respuesta a las necesidades del niño, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la aceptación del niño.
- Expresa el deseo de mejorar la calidad de la atención.
- Expresa el deseo de mejorar el mantenimiento de la salud infantil.
- Expresa su deseo de mejorar los arreglos de cuidado infantil
- Expresa el deseo de mejorar el compromiso con el niño.
- Expresa el deseo de mejorar la seguridad ambiental del hogar.
- Expresa el deseo de mejorar la estabilidad del estado de ánimo.
- Expresa el deseo de mejorar las relaciones entre padres e hijos.
- Expresa el deseo de aumentar la paciencia.
- Expresa el deseo de mejorar la comunicación positiva.
- Expresa el deseo de mejorar los comportamientos positivos de los padres
- Expresa el deseo de mejorar el temperamento positivo
- Expresa el deseo de mejorar la respuesta a las señales de comportamiento del bebé.

Dominio 7 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00061

Tensión del rol del cuidador

Enfoque del diagnóstico: tensión de rol

Aprobado 1992 • Revisado 1998, 2000, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Dificultad para cumplir con las responsabilidades, expectativas y / o comportamientos del cuidado de la familia u otras personas importantes.

Definir características

Actividades de cuidado

- Temeroso sobre la capacidad futura de brindar atención
- Temeroso por la futura salud del beneficiario de la atención
- Temeroso por la posible institucionalización del beneficiario del cuidado
- Teme el bienestar del beneficiario de la atención si no puede brindar atención
- Dificultad para completar las tareas requeridas
- Dificultad para realizar las tareas requeridas
- Cambio disfuncional en las actividades de cuidado.
- Preocupación por la rutina de cuidados

Estado de salud del cuidador: fisiológico

- Fatiga
- Malestar gastrointestinal
- Dolor de cabeza
- hipertensión
- Sarpullido
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Cambio de peso

Estado de salud del cuidador: emocional

- Síntomas depresivos
- Labilidad emocional
- Expresa enojo
- Expresa frustración
- impaciencia
- Tiempo insuficiente para reunirse necesidades
- Nerviosismo
- Somatización

Estado de salud del cuidador: socioeconómico

- Actividades de ocio alteradas
- Aislamiento
- Baja productividad laboral
- Rechaza el avance profesional

Relación cuidador-receptor de cuidado

- Dificultad para observar a un beneficiario de cuidados con una enfermedad
- Tristeza por las relaciones interpersonales alteradas con el beneficiario del cuidado
- Incertidumbre sobre la alteración de las relaciones interpersonales con el receptor del cuidado.

Procesos familiares

- Conflicto familiar
- Informa inquietudes sobre miembros de la familia

Factores relacionados

Factores del cuidador

- Compromisos de roles en competencia
- Síntomas depresivos
- Cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás.
- Cumplimiento inadecuado de las expectativas de uno mismo
- Conocimiento inadecuado sobre los recursos comunitarios.
- Resiliencia psicológica inadecuada
- Recreación inadecuada
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Inexperiencia con el cuidado
- Resistencia física insuficiente
- Privacidad insuficiente
- No está preparado en términos de desarrollo para el rol de cuidador
- Condiciones físicas
- Aislamiento social
- Estrés
- Mal uso de sustancia
- Expectativas propias poco realistas

Factores del receptor de la atención

- Hogar dado de alta con necesidades importantes
- Aumento de las necesidades de atención.
- Pérdida de independencia
- Comportamiento problemático
- Mal uso de sustancia
- Impredecibilidad de la trayectoria de la enfermedad.
- Estado de salud inestable

Relación cuidador-receptor de cuidado

- Relaciones interpersonales abusivas
- Codependencia
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Abuso no abordado
- Expectativas poco realistas de las personas que reciben cuidados
- Relaciones interpersonales violentas

Actividades de cuidado

- Naturaleza alterada de las actividades asistenciales
- Responsabilidades de cuidado las 24 horas
- Complejidad de las actividades asistenciales
- Actividades de cuidado excesivas

- Se requiere una mayor duración del cuidado
- Asistencia inadecuada
- Equipo inadecuado para brindar atención

- Ambiente físico inadecuado para brindar cuidados
- Relevo inadecuado para el cuidador

Procesos familiares

- Aislamiento familiar
- Adaptación familiar ineficaz
- Patrón de disfunción familiar

Socioeconómico

- Dificultad para acceder a la asistencia
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para acceder al soporte
- Recursos comunitarios inadecuados

Población en riesgo

- Receptor de cuidados con discapacidades del desarrollo
- Cuidador que atiende a su pareja
- Cuidador con discapacidades del desarrollo

Condiciones asociadas

Factores del cuidador

- Estado de salud deteriorado

Factores del receptor de la atención

- Enfermedad crónica
- Disfunción cognitiva
- Trastornos congénitos

- Tiempo insuficiente
- Impredecibilidad de la situación asistencial

- Patrón de disfunción familiar previo a la situación de cuidado
- Patrón de afrontamiento familiar ineficaz

- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- Alienación social

- Cuidador femenino
 - Individuos que brindan atención a bebés nacidos prematuramente
- Personas que atraviesan una crisis financiera

- Trastorno psicológico

- Gravedad de la enfermedad
- Desordenes mentales

Dominio 7 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00062

Riesgo de tensión en el rol del cuidador

Enfoque del diagnóstico: tensión de rol

Aprobado 1992 • Revisado 2010, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a tener dificultades para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y / o comportamientos para la familia o personas importantes, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores del cuidador

- Compromisos de roles en competencia
- Sintomas depresivos
- Cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás.
- Cumplimiento inadecuado de las expectativas de uno mismo
- Conocimiento inadecuado sobre los recursos comunitarios.
- Resiliencia psicológica inadecuada
- Recreación inadecuada
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Inexperiencia con el cuidado
- Resistencia física insuficiente
- Privacidad insuficiente
- No está preparado en términos de desarrollo para el rol de cuidador
- Condiciones físicas
- Estresores
- Mal uso de sustancia
- Expectativas propias poco realistas
- Estado de salud inestable

Factores del receptor de la atención

- Hogar dado de alta con necesidades importantes
- Aumento de las necesidades de atención.
- Pérdida de independencia
- Comportamiento problemático
- Mal uso de sustancia
- Impredecibilidad de la trayectoria de la enfermedad.
- Estado de salud inestable

Relación cuidador-receptor de cuidado

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones interpersonales abusivas - Codependencia - Relaciones interpersonales inadecuadas - Abuso no abordado | <ul style="list-style-type: none"> - Receptor de atención poco realista - Expectativas - Relaciones interpersonales violentas |
|---|--|

Actividades de cuidado

- Naturaleza alterada de las actividades de cuidado - Atención las 24 horas responsabilidades

- Complejidad de las actividades asistenciales
- Actividades de cuidado excesivas
- Se requiere una mayor duración del cuidado
- Asistencia inadecuada
- Equipo inadecuado para brindar atención

Procesos familiares

- Aislamiento familiar
- Adaptación familiar ineficaz
- Patrón de disfunción familiar

Socioeconómico

- Dificultad para acceder a la asistencia
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para acceder al soporte
- Recursos comunitarios inadecuados

Población en riesgo

- Receptor de cuidados con discapacidades del desarrollo
- La condición del receptor del cuidado inhibe la conversación
- Cuidador que atiende a su pareja

Condiciones asociadas

Factores del cuidador

- Estado de salud deteriorado

Factores del receptor de la atención

- Enfermedad crónica
- Disfunción cognitiva
- Trastornos congénitos

- Ambiente físico inadecuado para brindar cuidados
- Relevé inadecuado para el cuidador
- Tiempo insuficiente
- Impredecibilidad de la situación asistencial

- Patrón de disfunción familiar previo a la situación de cuidado
- Patrón de afrontamiento familiar ineficaz

- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- Alienación social
- Aislamiento social

- Cuidador con discapacidades del desarrollo
- Cuidador femenino
 - Individuos que brindan atención a bebés nacidos prematuramente
- Personas que atraviesan una crisis financiera

- Trastorno psicológico

- Gravedad de la enfermedad
- Desordenes mentales

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00058

Riesgo de apego deteriorado

Enfoque del diagnóstico: apego

Aprobado en 1994 • Revisado en 2008, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la interrupción del proceso interactivo entre el padre o la otra persona significativa y el niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y enriquecedora.

Factores de riesgo

- Ansiedad
- La enfermedad del niño impide el inicio efectivo del contacto con los padres
- Comportamiento infantil desorganizado
- Incapacidad de los padres para satisfacer las necesidades personales
- Privacidad insuficiente
- La enfermedad de los padres previene el inicio efectivo del contacto con el bebé
- Separación de padres e hijos
- Conflicto entre los padres resultante de un comportamiento infantil desorganizado.
- Barrera física
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Bebés prematuros

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00283

Síndrome de identidad familiar perturbada

Enfoque del diagnóstico: síndrome de identidad familiar perturbada Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para mantener un proceso comunicativo e interactivo continuo de creación y mantenimiento de un sentido colectivo compartido del significado de la familia.

Definir características

- Conflicto decisional (00083)
- Afrontamiento familiar discapacitado (00073)
- Identidad personal perturbada (00121)
- Procesos familiares disfuncionales (00063)
- Resiliencia deteriorada (00210)
- Proceso de maternidad ineficaz (00221)
- Relación ineficaz (00223)
- Patrón de sexualidad ineficaz (00065)
- Procesos familiares interrumpidos (00060)

Factores relacionados

- Relaciones familiares ambivalentes
- Diferentes estilos de afrontamiento entre los miembros de la familia.
- Rituales familiares interrumpidos
- Roles familiares alterados
- Estrés excesivo
- Apoyo social inadecuado
- Manejo inconsistente del régimen terapéutico entre los miembros de la familia
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Comunicación familiar ineficaz
- Peligro percibido para el sistema de valores
- Discriminación social percibida
- Disfunción sexual
- Violencia doméstica no abordada
- Expectativas irrealistas
- Valores incongruentes con las normas culturales.

Población en riesgo

- Familias mixtas
- Familias económicamente desfavorecidas
- Familias que experimentan infertilidad
- Familias con antecedentes de violencia doméstica
- Familias con miembro encarcelado
 - Familias con miembros que experimentan alteraciones en el estado de salud
- Familias con miembros que experimentan crisis de desarrollo

Familias con miembros que experimentan una crisis situacional
Familias con miembros que viven lejos de parientes
Familias con miembro con historial de adopción

- Familias con miembros con disfunción de la intimidad
- Familias con miembros desempleados

Condiciones asociadas

- Régimen de tratamiento de la infertilidad

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00284

Riesgo de síndrome de identidad familiar perturbada

Enfoque del diagnóstico: síndrome de identidad familiar perturbada Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la incapacidad de mantener un proceso comunicativo e interactivo continuo para crear y mantener un sentido colectivo compartido del significado de la familia, que puede comprometer la salud de los miembros de la familia.

Factores de riesgo

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Relaciones familiares ambivalentes- Diferentes estilos de afrontamiento entre miembros de la familia- Rituales familiares interrumpidos- Roles familiares alterados- Estrés excesivo- Apoyo social inadecuado- Gestión inconsistente de régimen terapéutico entre miembros de la familia | <ul style="list-style-type: none">- Estrategias de afrontamiento ineficaces- Comunicación familiar ineficaz- Peligro percibido para el sistema de valores- Discriminación social percibida- Disfunción sexual- Violencia doméstica no abordada- Expectativas irrealistas- Valores incongruentes con los culturales. normas |
|--|---|

Población en riesgo

- Familias mixtas
- Familias económicamente desfavorecidas
- Familias que experimentan infertilidad
- Familias con antecedentes de violencia doméstica
- Familias con miembro encarcelado
 - Familias con miembros que experimentan alteraciones en el estado de salud
- Familias con miembros que experimentan crisis de desarrollo

Condiciones asociadas

- Régimen de tratamiento de la infertilidad

- Familias con miembros
desempleados

Familias con miembros que experimentan una
crisis situacional

Familias con miembros que viven lejos de
parientes

Familias con miembro con historial de adopción

Familias con miembros con disfunción de la
intimidad

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/handa-i.

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00063

Procesos familiares disfuncionales

Foco del diagnóstico: procesos familiares

Aprobado en 1994 • Revisado en 2008, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Funcionamiento familiar que no apoya el bienestar de sus miembros.

Definir características

Factores de comportamiento

- Rendimiento académico alterado
- Atención alterada
- Evitación de conflictos
- Patrón de comunicación contradictorio
- Patrón de comunicación de control
- Criticar a los demás
- Disminución del contacto físico.
- Niega problemas
- Dificultad para aceptar una amplia gama de sentimientos
- Dificultad para aceptar ayuda
- Dificultad para adaptarse al cambio
- Dificultad para lidiar de manera constructiva con experiencias traumáticas.
- Dificultad para expresar una amplia gama de sentimientos
- Dificultad para divertirse
- Dificultad para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros.
- Dificultad para satisfacer las necesidades de seguridad de los miembros.
- Dificultad para satisfacer las necesidades espirituales de sus miembros.
- Dificultad para recibir ayuda de manera adecuada
- Dificultad con las relaciones íntimas interpersonales.
- Dificultad con la transición del ciclo de vida
- Patrón de uso indebido de sustancias propicias

- Conflicto en aumento

-
S
e
v
er
o
ju
ci
o
pr
o
pi
o
-
in
m
a
d
ur
e
z
-
H
a
bil
id
a
d
e
s
d
e
c
o
m
u
ni
c
a

ción inadecuadas.

- Conocimiento inadecuado sobre el uso indebido de sustancias.
- Expresión de ira inapropiada
- Pérdida de independencia
- Mintiendo
- Duelo inadaptado
- Manipulación
- Adicción a la nicotina
- La orientación favorece el alivio de la tensión.
en lugar de la consecución de objetivos
- Patrón de comunicación paradójico
- Patrón de promesas incumplidas
- Luchas de poder
- Agitación psicomotora
- Racionalización
- Se niega a aceptar la responsabilidad personal.
- Se niega a recibir ayuda.
- Busca una afirmación
- Busca aprobación
- Auto culpa
- Aislamiento social
- Ocasiones especiales centradas en el uso indebido de sustancias
- Enfermedad física relacionada con el estrés
- Mal uso de sustancia
- Comportamiento poco confiable

- Abuso verbal de niños
- Abuso verbal de los padres

- Abuso verbal de pareja

Sentimientos

- Ansiedad
- Confunde amor y piedad
- Confusión
- Síntomas depresivos
- Insatisfacción
- Controlado emocionalmente por otros
- Expresa enojo
- Expresa angustia
- Expresa vergüenza
- Expresa miedo
- Expresa sentirse abandonado
- Expresa sentimiento de fracaso
- Expresa sentirse no amado
- Expresa frustración
- Expresa inseguridad
- Expresa un resentimiento persistente
- Expresa soledad
- Expresa vergüenza
- Expresa tensión
- desesperanza

- Hostilidad
- Pérdida
- Pérdida de identidad
- Baja autoestima
- Desconfianza de los demás
- Mal humor
- impotencia
- Rechazo
- Informa que se siente diferente a los demás
- Informa que se siente emocionalmente aislado
- Informa que se siente culpable
- Informa que se siente incomprendido
- Emociones reprimidas
- Asumir la responsabilidad por el comportamiento del usuario indebido de sustancias.
- Infelicidad
- Inutilidad

Roles y relaciones

- Relaciones familiares alteradas
- Función de rol alterada
- Problemas familiares crónicos
- Sistema de comunicación cerrado
- Conflicto entre socios
- Deterioro de las relaciones familiares
- Disminución de la capacidad de los miembros de la familia para relacionarse entre sí para el crecimiento y la maduración mutuos.
- Rituales familiares interrumpidos
- Roles familiares alterados
- Negación familiar
- Desorganización familiar
- Cohesión familiar inadecuada

- Insuficiente respeto familiar a la autonomía de sus miembros
- Respeto familiar inadecuado por la individualidad de sus miembros
- Habilidades inadecuadas de relaciones interpersonales.
- Crianza inconsistente
- Comunicación ineficaz con la pareja
- Descuida la obligación hacia un miembro de la familia
- Patrón de rechazo
- Apoyo parental inadecuado percibido
- Triangular las relaciones familiares

Factores relacionados

- Personalidad adictiva ineficaces
- Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas.
- Vulnerabilidad percibida
- Estrategias de afrontamiento

Población en riesgo

- Familias económicamente desfavorecidas
- Familias con antecedentes de resistencia al régimen de tratamiento.
- Familias con miembros con antecedentes de abuso de sustancias
- Familias con miembros con predisposición genética al uso indebido de sustancias

Condiciones asociadas

- depresión
- Discapacidades del desarrollo
- Disfunción de la intimidad
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00060

Procesos familiares interrumpidos

Foco del diagnóstico: procesos familiares

Aprobado en 1982 • Revisado en 1998, 2017

Definición

Romper la continuidad del funcionamiento familiar que no apoya el bienestar de sus miembros.

Definir características

- Respuesta afectiva alterada
- Patrón de comunicación alterado
- Resolución alterada de conflictos familiares
- Satisfacción familiar alterada
- Relaciones interpersonales alteradas
- Intimidad alterada
- Participación alterada en la toma de decisiones
- Participación alterada en la resolución de problemas.
- Somatización alterada
- Comportamiento alterado de reducción del estrés
- Cambio de tareas asignadas
- Disminución de la disponibilidad de apoyo emocional.
- Disminución del apoyo mutuo
- Finalización ineficaz de la tarea
- Cambio de alianza de poder
- Los informes entran en conflicto con los recursos de la comunidad
- Informa el aislamiento de los recursos comunitarios
- Cambio ritual

Factores relacionados

- Interacción comunitaria alterada
- Rol familiar alterado
- Dificultad para lidiar con el cambio de poder entre miembros de la familia

Población en riesgo

- Familias con finanzas alteradas
- Familias con estatus social alterado
- Familias con miembros que experimentan crisis de desarrollo
- Familias con miembros que experimentan una transición del desarrollo
- Familias con miembros que experimentan una crisis situacional
- Familias con miembros que experimentan una transición situacional

Condiciones asociadas

- Estado de salud alterado

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 7 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00159

Preparación para procesos familiares mejorados

Foco del diagnóstico: procesos familiares

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de funcionamiento familiar para apoyar el bienestar de sus miembros, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar el equilibrio
 ance entre la autonomía personal
 y cohesión familiar
- Expresa el deseo de mejorar el patrón de comunicación
- Expresa deseo de mejorar nivel de energía de la familia para apoyar actividades de la vida diaria
- Expresa el deseo de mejorar la familia.
 adaptación al cambio
- Expresa el deseo de mejorar la familia.
 dinámica
- Expresa el deseo de mejorar la familia.
 resiliencia psicológica
- Expresa deseo de mejorar crecimiento de los miembros de la familia
- Expresa el deseo de mejorar la interacción
 dependencia con la comunidad
- Expresa el deseo de mejorar el mantenimiento
 tenance de los límites entre miembros de la familia
- Expresa deseo de mejorar respeto por los miembros de la familia
- Expresa el deseo de mejorar la seguridad.
 de miembros de la familia

funciones

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00223

Relación ineficaz

Enfoque del diagnóstico: relación

Aprobado 2010 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de asociación mutua que es insuficiente para satisfacer las necesidades de los demás.

Definir características

- Retraso en el logro de las metas de desarrollo apropiadas para la etapa del ciclo de vida familiar.
- Expresa insatisfacción con las relaciones interpersonales complementarias entre socios
- Expresa insatisfacción con la satisfacción de las necesidades emocionales entre los socios.
- Expresa insatisfacción con el intercambio de ideas entre socios.
- Expresa insatisfacción con el intercambio de información entre socios
- Expresa insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas entre los socios
- Desequilibrio en la autonomía entre socios
- Desequilibrio en la colaboración entre socios
- Respeto mutuo inadecuado entre socios
- Apoyo mutuo inadecuado en las actividades diarias entre socios
- Comprensión inadecuada del funcionamiento comprometido del socio.
- Socio no identificado como persona de apoyo
- Informa comunicación insatisfactoria con el socio

Factores relacionados

- Habilidades de comunicación inadecuadas. - Mal uso de sustancia
- Factores estresantes - Expectativas irrealistas

Población en riesgo

- Los individuos que experimentan el desarrollo de intimidad encarcerados crisis mental - Individuos con compañero compañero
- Personas con antecedentes de violencia doméstica

Condiciones asociadas

- Disfunción cognitiva en una pareja.

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00229

Riesgo de relación ineficaz

Enfoque del diagnóstico: relación

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptibles de desarrollar un patrón que es insuficiente para proporcionar una asociación mutua que satisfaga las necesidades de los demás.

Factores de riesgo

- Habilidades de comunicación inadecuadas. - Mal uso de sustancia
- Factores estresantes - Expectativas irrealistas

Población en riesgo

- Los individuos que experimentan el desarrollo de intimidad encarcelados crisis mental - Individuos con compañero compañero
- Personas con antecedentes de violencia doméstica

Condiciones asociadas

- Disfunción cognitiva en una pareja.

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00207

Preparación para una relación mejorada

Enfoque del diagnóstico: relación

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de asociación mutua para satisfacer las necesidades de los demás, que pueden fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la autonomía entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la colaboración entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la comunicación entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción de las necesidades emocionales de cada socio.
- Expresa el deseo de mejorar el respeto mutuo entre socios.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con relaciones interpersonales complementarias entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con la satisfacción de las necesidades emocionales de cada socio.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de ideas entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de información entre socios
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas de cada socio
- Expresa el deseo de mejorar la comprensión del impedimento funcional de la pareja.

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00064

Conflicto de rol de los padres

Enfoque del diagnóstico: conflicto de roles

Aprobado en 1988 • Revisado en 2017

Definición

Experiencia de los padres de confusión de roles y conflicto en respuesta a una crisis.

Definir características

- Ansiedad
- Rutinas del cuidador interrumpidas
- Expresa miedo
- Expresa frustración
- Insuficiencia percibida para satisfacer las necesidades del niño.
- Percepción de la pérdida de control sobre las decisiones relacionadas con el niño.
- Renuencia a participar en las actividades habituales del cuidador
- Informa preocupación por el cambio en el rol de los padres
- Informa preocupación por la familia
- Informa que se siente culpable

Factores relacionados

- Interrupciones en la vida familiar debido al régimen de tratamiento domiciliario.
- Intimidado por modalidades invasivas
- Intimidado por modalidades restrictivas
- Separación de padres e hijos

Población en riesgo

- Individuos que viven en lugares no tradicionales requieren hogar configuración
- Personas que experimentan cambios en el estado civil.
- Padres con niños que cuidan de necesidades especiales

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00055

Desempeño ineficaz de roles

Enfoque del diagnóstico: desempeño de roles

Aprobado en 1978 • Revisado en 1996, 1998, 2017

Definición

Un patrón de comportamiento y autoexpresión que no coincide con el contexto, las normas y las expectativas ambientales.

Definir características

- Patrón de responsabilidad alterado
- Percepción alterada del rol por parte de los demás.
- Percepción de rol alterada
- Reanudación de roles alterada
- Ansiedad
- Síntomas depresivos
- Violencia doméstica
- Acoso
- Confianza inadecuada
- Apoyo externo inadecuado para la representación de roles
- Conocimiento inadecuado de los requisitos del rol.
- Motivación inadecuada
- Oportunidad inadecuada para la representación de roles
- Autogestión inadecuada
- Habilidades inadecuadas
- Expectativas de desarrollo inapropiadas
- Adaptación ineficaz al cambio
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Desempeño ineficaz de roles
- Discriminación social percibida
- Pesimismo
- impotencia
- Denuncias de discriminación social
- Ambivalencia de roles
- Negación de rol
- Insatisfacción con el rol
- Conflicto del sistema
- Incertidumbre

Factores relacionados

- Imagen corporal alterada
- Conflicto
- fatiga
- Recursos sanitarios inadecuados
- Sistema de apoyo psicosocial inadecuado
- Recompensas inadecuadas
- Modelos a seguir inadecuados
- Preparación de roles inadecuada
- Socialización de roles inadecuada
- Vinculación inadecuada con el sistema de salud
- Baja autoestima
- Dolor
- Conflicto de roles
- Confusión de roles
- Tensión de rol
- Estrés
- Mal uso de sustancia
- Violencia doméstica no abordada
- Expectativas de rol poco realistas

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos con un nivel de desarrollo inadecuado para las expectativas del rol.
- Personas con función laboral de alta demanda
- Personas con bajo nivel educativo

Condiciones asociadas

- Depresión
- Defecto neurológico
- Desorden de personalidad
- Enfermedad física
- Psicosis

Dominio 7 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00052

Interacción social deteriorada

Enfoque del diagnóstico: interacción social

Aprobado 1986 • Revisado 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Cantidad insuficiente o excesiva o calidad ineficaz del intercambio social.

Definir características

- Ansiedad durante la interacción social.
- Interacción disfuncional con los demás.
- Expresa dificultad para establecer relaciones recíprocas satisfactorias entre personas
- Expresa dificultad para funcionar socialmente
- Expresa dificultad para desempeñar roles sociales
- Expresa malestar en situaciones sociales.
- Expresa insatisfacción con la conexión social.
- Informes familiares interacción alterada
- Sistema de apoyo psicosocial inadecuado
- Uso inadecuado del estatus social hacia otros
- Bajos niveles de actividades sociales
- Interacción mínima con los demás.
- Informa un compromiso social insatisfactorio
- Enfoque competitivo poco saludable
- Falta de voluntad para cooperar con los demás.

Factores relacionados

- Autoconcepto alterado
- Disfunción cognitiva
- Síntomas depresivos
- Procesos de pensamiento perturbados
- Limitaciones ambientales
- Movilidad física deteriorada
- Habilidades de comunicación inadecuadas.
- Conocimiento inadecuado sobre cómo mejorar la reciprocidad.
- Higiene personal inadecuada
- Habilidades sociales inadecuadas
- Apoyo social inadecuado
- Duelo inadaptado
- Manifestaciones neuroconductuales
- Disonancia sociocultural

Población en riesgo

- Individuos sin un significativo otro

Condiciones asociadas

- Halitosis
- Enfermedades mentales
- Trastornos del neurodesarrollo
- Aislamiento terapéutico

Dominio 8. Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1. Identidad sexual

El estado de ser una persona específica en cuanto a sexualidad y / o género.

Código	Diagnóstico	Página
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.		

Clase 2. Función sexual

La capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales.

Código	Diagnóstico	Página
00059	Disfunción sexual	386
00065	Patrón de sexualidad ineficaz	387

Clase 3. Reproducción

Cualquier proceso por el cual se producen seres humanos

Código	Diagnóstico	Página
00221	Proceso ineficaz de maternidad	388
00227	Riesgo de un proceso de maternidad ineficaz	390
00208	Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad	391
00209	Riesgo de alteración de la diáda materno-fetal	392

NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermería: definiciones y clasificación 2021-2023, 12th Edición. Editado por T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru y Camila Takáo Lopes.

© 2021 NANDA International, Inc. Publicado en 2021 por Thieme Medical Publishers, Inc., Nueva York. Sitio web complementario: www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 8 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00059

Disfunción sexual

Foco del diagnóstico: función sexual

Aprobado en 1980 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Estado en el que un individuo experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y / o orgasmo, que se considera insatisfactorio, poco gratificante o inadecuado.

Definir características

- Interés alterado en los demás
- Interés propio alterado
- Actividad sexual alterada
- Excitación sexual alterada
- Rol sexual alterado
- Satisfacción sexual alterada
- Disminución del deseo sexual.
- Limitación sexual percibida
- Busca la confirmación de la conveniencia
- Alteración no deseada en la sexualidad.
- función

Factores relacionados

- Información inexacta sobre la función sexual
- Conocimiento inadecuado sobre la función sexual.
- Modelos a seguir inadecuados
- Privacidad insuficiente
- Vulnerabilidad percibida
- Abuso no abordado
- Conflicto de valores

Población en riesgo

- Personas sin pareja

Condiciones asociadas

- Función corporal alterada
- Estructura corporal alterada

Dominio 8 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00065

Patrón de sexualidad ineficaz

Enfoque del diagnóstico: patrón de sexualidad

Aprobado en 1986 • Revisado en 2006, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Expresiones de preocupación sobre la propia sexualidad.

Definir características

- Actividad sexual alterada
- Comportamiento sexual alterado
- Relaciones de pareja sexual alteradas
- Rol sexual alterado
- Dificultad con la actividad sexual
- Dificultad con el comportamiento sexual
- Conflicto de valores

Factores relacionados

- Conflicto por orientación sexual
- Conflicto sobre preferencia de variante
- Miedo al embarazo
- Miedo a la transmisión sexual infecciosa
- Relaciones deterioradas con la pareja sexual
- Alternativa sexual inadecuada estrategias
- Modelos a seguir inadecuados
- Privacidad insuficiente

Población en riesgo

- Personas sin pareja

Dominio 8 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00221

Proceso ineficaz de maternidad

Enfoque del diagnóstico: proceso de maternidad

Aprobado 2010 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para prepararse y / o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar su bienestar.

Definir características

Durante el embarazo

- No utilizar el apoyo social
- Comportamiento de apego inadecuado
- Atención prenatal inadecuada
- Estilo de vida prenatal inadecuado
- Preparación inadecuada de artículos para el cuidado del recién nacido.
- Preparación inadecuada del entorno doméstico.
- Respeto inadecuado por el feto
- Manejo ineficaz de síntomas desagradables en el embarazo
- Expectativas poco realistas sobre el trabajo de parto y el parto.

Durante el trabajo de parto y el parto

- Disminución de la proactividad durante el trabajo de parto y el parto.
- No utilizar el apoyo social
- Comportamiento de apego inadecuado
- Estilo de vida inadecuado para la etapa del parto
- Respuesta inapropiada al inicio del trabajo de parto

Después del nacimiento

- No utilizar el apoyo social
- Comportamiento de apego inadecuado
- Técnicas inadecuadas para el cuidado del bebé.
- Ropa infantil inadecuada
- Alimentación inadecuada del bebé
- técnicas
- Cuidado inadecuado de los senos
- Estilo de vida inapropiado
- Entorno inseguro para un bebé
 - Modelo de rol parental inadecuado

Factores relacionados

- Violencia doméstica
- Conocimiento inadecuado del proceso de maternidad.
- Preparación mental inadecuada para la crianza de los hijos.

- Atención prenatal inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Visitas de salud prenatal inconsistentes

- Baja confianza materna
- Desnutrición materna
- Impotencia materna

- Angustia psicológica materna
- Abuso de sustancias
- Plan de nacimiento poco realista
- Entorno inseguro

Población en riesgo

- Individuos que experimentan embarazo no planeado
- Individuos que experimentan el embarazo

Dominio 8 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00227

Riesgo de un proceso de maternidad ineficaz

Enfoque del diagnóstico: proceso de maternidad

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la incapacidad para prepararse y / o mantener un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar su bienestar.

Factores de riesgo

- Conocimiento inadecuado del proceso de maternidad.
- Preparación mental inadecuada para la crianza de los hijos.
- Modelo de rol parental inadecuado
- Atención prenatal inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Visitas de salud prenatal inconsistentes
- Baja confianza materna
- Desnutrición materna
- Impotencia materna
- Angustia psicológica materna
- Mal uso de sustancia
- Violencia doméstica no abordada
- Plan de nacimiento poco realista
- Entorno inseguro

Población en riesgo

- Individuos que experimentan embarazo no planeado
- Individuos que experimentan el embarazo

Dominio 8 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00208

Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad

Enfoque del diagnóstico: proceso de maternidad

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo saludable, proceso de parto y cuidado del recién nacido para asegurar un bienestar que se puede fortalecer.

Definir características

Durante el embarazo

- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento del proceso de maternidad.
- Expresa el deseo de mejorar el manejo de los síntomas desagradables del embarazo.
- Expresa el deseo de mejorar el estilo de vida prenatal.
- Expresa el deseo de mejorar la preparación del recién nacido.

Durante el trabajo de parto y el parto

- Expresa el deseo de mejorar el estilo de vida apropiado para la etapa del trabajo de parto.
- Expresa el deseo de mejorar la proactividad durante el trabajo de parto y el parto.

Después del nacimiento

- Expresa el deseo de mejorar el comportamiento de apego.
- Expresa el deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé.
- Expresa el deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé.
- Expresa el deseo de mejorar el cuidado de los senos.
- Expresa el deseo de mejorar la seguridad ambiental del bebé.
- Expresa el deseo de mejorar el estilo de vida posparto
- Expresa el deseo de mejorar el uso del sistema de apoyo.

Dominio 8 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00209

Riesgo de alteración de la díada materno-fetal

Foco del diagnóstico: díada materno-fetal

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una interrupción de la relación simbiótica madre-fetal como resultado de condiciones comórbidas o relacionadas con el embarazo, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Atención prenatal inadecuada
- Mal uso de sustancia
- Abuso no abordado

Condiciones asociadas

- Transporte de oxígeno fetal comprometido
- Trastornos del metabolismo de la glucosa
- Régimen de tratamiento de complicaciones del embarazo

Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés

Contendiendo eventos de la vida / procesos de la vida

Clase 1. Respuestas postraumáticas Reacciones que ocurren después de un trauma físico o psicológico.

Código	Diagnóstico	Página
00260	Riesgo de una transición migratoria complicada	395
00141	Síndrome postraumático	396
00145	Riesgo de síndrome postraumático	398
00142	Síndrome de trauma por violación	399
00114	Síndrome de estrés por reubicación	400
00149	Riesgo de síndrome de estrés por reubicación	402

Clase 2. Respuestas de afrontamiento El proceso de manejo del estrés ambiental

Código	Diagnóstico	Página
00199	Planificación ineficaz de actividades	403
00226	Riesgo de una planificación de actividades ineficaz	404
00146	Ansiedad	405
00071	Afrontamiento defensivo	407
00069	Afrontamiento ineficaz	408
00158	Disponibilidad para afrontar mejor la situación	409
00077	Afrontamiento comunitario ineficaz	410
00076	Preparación para un mejor afrontamiento de la comunidad	411
00074	Afrontamiento familiar comprometido	412
00073	Afrontamiento familiar discapacitado	414
00075	Preparación para un mejor afrontamiento familiar	415
00147	Ansiedad por la muerte	416
00072	Negación ineficaz	418
00148	Temor	419

00301	Duelo inadaptado	421
00302	Riesgo de duelo inadaptado	423
00285	Disposición para un duelo intensificado	424
00241	Regulación alterada del estado de ánimo	425
00125	Impotencia	426
00152	Riesgo de impotencia	428
00187	Preparación para potencia mejorada	429
00210	Resiliencia deteriorada	430
00211	Riesgo de deterioro de la resiliencia	432
00212	Preparación para una mayor resiliencia	433
00137	Dolor crónico	434
00177	Sobrecarga de estrés	435

Clase 3. Estrés neuroconductual
 Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Código	Diagnóstico	Página
00258	Síndrome de abstinencia aguda de sustancias	436
00259	Riesgo de síndrome de abstinencia aguda de sustancias	437
00009	Disreflexia autonómica	438
00010	Riesgo de disreflexia autonómica	440
00264	Síndrome de abstinencia neonatal	442
00116	Comportamiento infantil desorganizado	443
00115	Riesgo de comportamiento infantil desorganizado	445
00117	Preparación para un comportamiento infantil organizado mejorado	446

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00260

Riesgo de una transición migratoria complicada

Enfoque del diagnóstico: transición migratoria

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de experimentar sentimientos negativos (soledad, miedo, ansiedad) en respuesta a consecuencias insatisfactorias y barreras culturales para la transición de la inmigración, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Propietario abusivo
 - Trabajo disponible por debajo de educativo preparación
 - Barreras de comunicación
 - Barreras culturales
 - Conocimiento inadecuado sobre acceder a los recursos
 - Apoyo social inadecuado
- Personas no relacionadas dentro familiar
 - Vivienda superpoblada
 - Discriminación social manifiesta
 - Conflictos entre padres e hijos relacionados con enculturación
 - Vivienda insalubre

Población en riesgo

- Individuos que experimentan migración
 - Individuos que experimentan trabajo de parto explotación
 - Las personas que experimentan precariedad situación económica
 - Personas expuestas a condiciones de trabajo peligrosas con una formación inadecuada
- Personas que viven lejos de otros no pueden
 - Personas con indocumentados Estado de inmigración
 - Personas con expectativas incumplidas taciones de inmigración

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00141

Síndrome postraumático

Enfoque del diagnóstico: síndrome postraumático

Aprobado en 1986 • Revisado en 1998, 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Respuesta inadaptada sostenida a un evento traumático y abrumador.

Definir características

- Comportamientos agresivos
- Alienación
- Atención alterada
- Estado de ánimo alterado
- Ansiedad (00146)
- Comportamientos de evitación
- Comportamiento compulsivo
- Negación
- Síntomas depresivos
- Amnesia disociativa
- Enuresis
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Expresa enojo
- Expresa entumecimiento
- Expresa vergüenza
- Miedo (00148)
- Recuerdos
- Irritación gastrointestinal
- Dolor de cabeza
- Palpitaciones del corazón
- Desesperanza (00124)
- Horror
- Hipervigilancia
- Sueños intrusivos
- Pensamientos intrusivos
- Estado de ánimo irritable
- Irritabilidad
- neurosensorial
- Pesadillas
- Ataques de pánico
- Rabia
- Reporta sentirse culpable
- Represión
- Mal uso de sustancia

Factores relacionados

- Fuerza del ego disminuida
- Entorno no propicio para las necesidades
- Sentido de responsabilidad exagerado
- Personas expuestas a desastres
- Personas expuestas a epidemias

Población en riesgo

- Personas desplazadas de su hogar
- Personas que experimentan una duración prolongada de un evento traumático.

-
A
p
o
y
o
s
o

cial inadecuado

- Percibe el evento como traumático
- Comportamiento autolesivo
- Rol de superviviente

- Personas expuestas a eventos que involucran múltiples muertes
- Personas expuestas a eventos fuera del rango de la experiencia humana habitual.

- Personas expuestas a accidentes graves
 - Individuos expuestos a la guerra
 - Individuos en ocupaciones de servicios humanos
 - Personas que sufren amenazas graves
 - Personas que presenciaron mutilaciones
 - Personas que presenciaron una muerte violenta
 - Personas cuyos seres queridos sufrieron lesiones graves.
- Personas cuyos seres queridos sufrieron graves amenazas
 - Individuos con casa destruida
 - Individuos con historial de ser prisioneros de guerra
 - Personas con historial de abuso
 - Personas con historial de victimización criminal
 - Individuos con historia de desapego
 - Personas con antecedentes de tortura

Condiciones asociadas

- depresión

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00145

Riesgo de síndrome postraumático

Enfoque del diagnóstico: síndrome postraumático

Aprobado en 1998 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una respuesta desadaptativa sostenida a un evento traumático y abrumador, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Fuerza del ego disminuida
- Entorno no propicio para necesidades
- Sentido exagerado de responsabilidad
- Apoyo social inadecuado
- Percibe el evento como traumático
- Comportamiento autolesivo
- Rol de superviviente

Población en riesgo

- Personas desplazadas de su hogar
- Personas que experimentan una duración prolongada de un evento traumático.
- Personas expuestas a desastres
- Personas expuestas a epidemias
- Personas expuestas a eventos que involucran múltiples muertes
- Personas expuestas a eventos fuera del rango de la experiencia humana habitual.
- Personas expuestas a accidentes graves
- Individuos expuestos a la guerra
- Individuos en ocupaciones de servicios humanos
- Personas que sufren amenazas graves
- Personas que presenciaron mutilaciones
- Personas que presenciaron una muerte violenta
- Personas cuyos seres queridos sufrieron lesiones graves.
- Personas cuyos seres queridos sufrieron graves amenazas
- Individuos con casa destruida
- Individuos con historial de ser prisioneros de guerra
- Personas con historial de abuso
- Personas con historial de victimización criminal
- Personas con antecedentes de tortura

Condiciones asociadas

- depresión

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00142

Síndrome de trauma por violación

Enfoque del diagnóstico: síndrome de trauma por violación

Aprobado en 1980 • Revisado en 1998, 2017

Definición

Respuesta inadaptada sostenida a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad y el consentimiento de la víctima.

Definir características

- Comportamientos agresivos
- Relaciones interpersonales alteradas
- Comportamientos de ira
- Ansiedad (00146)
- Shock cardiogénico
- Confusión
- Negación
- Síntomas depresivos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Pensamiento desordenado
- Expresa enojo
- Expresa vergüenza
- Expresa vergüenza
- Miedo (00148)
- Humillación
- Hipervigilancia
- Pérdida de independencia
- Baja autoestima
- Variabilidad del estado de ánimo
- Espasmo muscular
- Tensión muscular
- Pesadillas
- Paranoia
- Vulnerabilidad percibida
- Trastornos fóbicos
- Trauma físico
- Impotencia (00125)
- Agitación psicomotora
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Reporta sentirse culpable
- Autoculparse
- Disfunción sexual (00059)
- Mal uso de sustancia
- Pensamientos de venganza

Factores relacionados

- Para ser desarrollado

Población en riesgo

- Personas que experimentaron una violación
antecedentes de suicidio
- Individuos con intento

Condiciones asociadas

- Depresión
- Trastorno de identidad disociativo

tolerancia al estrés

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00114

Síndrome de estrés por reubicación

Enfoque del diagnóstico: síndrome de estrés
por reubicación Aprobado en 1992 • Revisado
en 2000, 2017

Definición

Perturbación fisiológica y / o psicosocial tras el traslado de un entorno a otro.

Definir características

- Comportamientos de ira
- Ansiedad (00146)
- Disminución del autoconcepto
- Síntomas depresivos
- Expresa enojo
- Expresa frustración
- Miedo (00148)
- Aumento de la morbilidad
- Aumento de los síntomas físicos
- Mayor verbalización de necesidades
- Pérdida de identidad
- Pérdida de independencia
- Baja autoestima
- Pesimismo
- Preocupación
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Informa preocupación por la reubicación
- Reporta sentirse solo
- Informa que se siente inseguro
- Reporta sentirse solo
- Alienación social
- Falta de voluntad para moverse

Factores relacionados

- Barreras de comunicación
- Control inadecuado sobre el medio ambiente
- Asesoramiento inadecuado antes de la salida
- Apoyo social inadecuado
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- impotencia
- Desafío situacional a la autoestima
- Aislamiento social

Población en riesgo

- Individuos que enfrentan la imprevisibilidad de la experiencia.
- Individuos que se trasladan de un entorno a otro
- Personas con historial de pérdida

Condiciones asociadas

- Depresión
- Competencia mental disminuida
- Estado de salud deteriorado
- Funcionamiento psicosocial deteriorado

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.
Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 9 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00149

Riesgo de síndrome de estrés por reubicación

Enfoque del diagnóstico: síndrome de estrés
por reubicación Aprobado en 2000 • Revisado
en 2013, 2017

Definición

Susceptible a alteraciones fisiológicas y / o psicosociales tras el traslado de un entorno a otro, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Barreras de comunicación
 - Control inadecuado sobre medio ambiente
 - Preparada inadecuada asesoramiento
 - Apoyo social inadecuado
- Estrategias de afrontamiento
- ineficaces
 - Impotencia
 - Desafío situacional a la autoestima
 - Aislamiento social

Población en riesgo

- Individuos que enfrentan la imprevisibilidad de experiencia
- Individuos que se mueven de uno ambiente a otro
- Individuos con antecedentes de pérdida

Condiciones asociadas

- Competencia mental disminuida deteriorado
- Estado de salud deteriorado
- Funcionamiento psicosocial

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00199

Planificación ineficaz de actividades

Enfoque del diagnóstico: planificación de actividades

Aprobado en 2008 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo determinadas condiciones.

Definir características

- Ausencia de plan
- Expresa ansiedad por una tarea.
- Recursos sanitarios inadecuados
- Habilidades organizativas inadecuadas
- Patrón de falla
- Informa miedo de realizar una tarea
- Metas no cumplidas para la actividad elegida

Factores relacionados

- Comportamiento de vuelo ante la solución propuesta
- hedonismo
- Capacidad de procesamiento de información inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Percepción poco realista del evento.
- Percepción poco realista de las habilidades personales.

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de procrastinación

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00226

Riesgo de una planificación de actividades ineficaz

Enfoque del diagnóstico: planificación de actividades

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la imposibilidad de prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo determinadas condiciones, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Comportamiento de vuelo ante la solución propuesta
- hedonismo
- Capacidad de procesamiento de información inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Percepción poco realista del evento.
- Percepción poco realista de las habilidades personales.

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de procrastinación

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00146

Ansiedad

Foco del diagnóstico: ansiedad

Aprobado 1973 • Revisado 1982, 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.

Definir características

Conductual / Emocional

- Llorando
- Disminución de la productividad
- Expresa angustia
- Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida.
- Expresa angustia
- Expresa inseguridad
- Expresa pavor intenso
- Desamparo
- Hipervigilancia
- Mayor cautela
- insomnio
- Estado de ánimo irritable
- nerviosismo
- Agitación psicomotora
- Contacto visual reducido
- Comportamiento de escaneo
- Enfocado en uno mismo

Fisiológico

- Patrón respiratorio alterado
- Anorexia
- Reflejos enérgicos
- Opresión en el pecho
- Extremidades frías
- Diarrea
- Boca seca
- Expresa dolor abdominal
- Expresa sentirse mareado
- Expresa debilidad muscular
- Expresa tensión
- Enrojecimiento de la cara
- Aumento de la presión arterial
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aumento de la sudoración
- Náusea
- Dilatación de pupila
- Voz temblorosa
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Informa palpitaciones del corazón
- Reporta hormigueo en las extremidades
- Vasoconstricción superficial
- Temblores
- Frecuencia urinaria
- Vacilación urinaria
- Urgencia urinaria

Cognitivo

- Atención alterada
- Confusión
- Disminución del campo perceptivo.
- Expresa olvido

estriés

- Expresa preocupación
- Reporta bloqueo de pensamientos

- Rumia

Factores relacionados

- Conflicto sobre los objetivos de la vida.
- Transmisión interpersonal
- Dolor
- Factores estresantes

- Mal uso de sustancia
- Situación desconocida
- Necesidades no satisfechas
- Conflicto de valores

Población en riesgo

- Los individuos que experimentan el desarrollo crisis mental
- Individuos que experimentan situaciones crisis nacional
- Individuos expuestos a toxinas

- Individuos en el período perioperatorio
- Personas con antecedentes familiares de ansiedad.
- Individuos con hereditario predisposición

Condiciones asociadas

- Desordenes mentales

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00071

Afrontamiento defensivo

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 1988 • Revisado en 2008 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Proyección repetida de autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón de autoprotección que defiende contra amenazas percibidas subyacentes a la autoestima positiva.

Definir características

- Prueba de realidad alterada
- Niega problemas
- Niega debilidades
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales
- Dificultad para mantener relaciones interpersonales
- Grandiosidad
- Risa hostil
- Hipersensibilidad a una descortesía
- Hipersensibilidad a la crítica.
- Seguimiento inadecuado del régimen de tratamiento
- Participación inadecuada en el régimen de tratamiento
- Proyección de culpa
- Proyección de responsabilidad
- Racionalización de fallas
- Distorsión de la realidad
- ridiculiza a los demás
- Actitud superior hacia los demás

Factores relacionados

- Conflicto entre autopercepción y sistema de valores
- Miedo al fracaso
- Miedo a la humillación
- Miedo a las repercusiones
- Confianza inadecuada en los demás
- Psicológico inadecuado
- Resiliencia
- Autoconfianza inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Incertidumbre
- Expectativas poco realistas de uno mismo

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00069

Afrontamiento ineficaz

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento
Aprobado en 1978 • Revisado en 1998

Definición

Un patrón de valoración inválida de los factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y / o conductuales, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar.

Definir características

- Respuesta afectiva alterada
- Atención alterada
- Patrón de comunicación alterado
- Comportamiento destructivo hacia los demás.
- Comportamiento destructivo hacia uno mismo
- Dificultad para organizar la información
- fatiga
- Enfermedad frecuente
- Discapacidad para pedir ayuda.
- Discapacidad para prestar atención a la información.
- Capacidad disminuida para lidiar con una situación.
- Capacidad deficiente para satisfacer las necesidades básicas.
- Capacidad deficiente para cumplir con las expectativas del rol
- Seguimiento inadecuado con comportamiento dirigido a objetivos
- Resolución de problemas inadecuada
- Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas.
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Informa un sentido de control inadecuado
- Comportamiento de riesgo
- Mal uso de sustancia

Factores relacionados

- Alto grado de amenaza
- Incapacidad para conservar adaptativo energías
- Evaluación de amenazas inexacta
- Confianza inadecuada en la capacidad de lidiar con una situación
- Recursos sanitarios inadecuados
- Preparación inadecuada para estresante
- Sentido de control inadecuado
- Apoyo social inadecuado
- Liberación ineficaz de tensión
- estrategias

Población en riesgo

Los individuos que experimentan maduración a un nivel de evidencia 2 Los individuos que experimentan situaciones

408

c
r
i
s
i
s

n
a
c
i
o
n
a
l

c
r
i
s
i
s

n
a
c
i
o
n
a
l

Es
te
dia
gn
óst
ico
se
reti
rar
á
de
la
tax
on
om
ía
NA
N
DA
-l
en
la
edi
ció
n
20
24
-
20
26
a
me

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00158

Disponibilidad para afrontar mejor la situación

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de valoración válido de los estresores con esfuerzos cognitivos y / o conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que se pueden potenciar.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de manejo del estrés.
- Expresa el deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes.
- Expresa el deseo de mejorar el apoyo social.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a problemas.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de los recursos espirituales.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00077

Afrontamiento comunitario ineficaz

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 1994 • Revisado en 1998, 2017

Definición

Un patrón de actividades comunitarias para la adaptación y resolución de problemas que no es satisfactorio para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.

Definir características

- La comunidad no cumple con las expectativas de sus miembros.
- Participación comunitaria deficiente
- Tasa de enfermedad comunitaria elevada
- Conflicto comunitario excesivo
- Estrés comunitario excesivo
- Alta incidencia de problemas comunitarios
- Percepción de la impotencia de la comunidad
- Vulnerabilidad percibida de la comunidad

Factores relacionados

- Recursos comunitarios inadecuados para la resolución de problemas
- Recursos comunitarios inadecuados
- Sistemas comunitarios inexistentes

Población en riesgo

- Comunidad que ha experimentado un desastre

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00076

Preparación para un mejor afrontamiento de la comunidad

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento
Aprobado en 1994 • Revisado en 2013

Definición

Un patrón de actividades comunitarias de adaptación y resolución de problemas para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad, que se pueden fortalecer.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la disponibilidad de programas de recreación comunitarios
- Expresa el deseo de mejorar la disponibilidad de programas comunitarios de relajación.
- Expresa el deseo de mejorar la comunicación entre los miembros de la comunidad.
- Expresa el deseo de mejorar la comunicación entre los grupos y la comunidad en general.
- Expresa su deseo de mejorar la planificación comunitaria para los factores estresantes predecibles
- Expresa su deseo de mejorar los recursos comunitarios para manejar los factores estresantes.
- Expresa el deseo de mejorar la responsabilidad de la comunidad para el manejo del estrés.
- Expresa el deseo de mejorar los problemas resolución de lem para el problema identificado

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00074

Afrontamiento familiar comprometido

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 2017

Definición

Una persona primaria que suele brindar apoyo (familiar, pareja o amigo cercano) brinda apoyo, consuelo, asistencia o estímulo insuficientes, ineficaces o comprometidos que el cliente pueda necesitar para manejar o dominar las tareas de adaptación relacionadas con su problema de salud.

Definir características

- Reclamación del cliente sobre soporte
La respuesta de la persona al problema de salud.
- El cliente informa preocupación sobre la respuesta de la persona de apoyo al problema de salud
- Limitación en la comunicación entre la persona de apoyo y el cliente.
- Comportamiento protector de la persona de apoyo incongruente con las habilidades del cliente.
- Comportamiento protector de la persona de apoyo incongruente con la necesidad de autonomía del cliente.
- La persona de apoyo informa conocimientos inadecuados
- La persona de apoyo informa una comprensión inadecuada
- La persona de apoyo informa que está preocupada por su propia reacción a las necesidades del cliente.
- La persona de apoyo se retira del cliente.
- Comportamientos de asistencia insatisfactorios de la persona de apoyo.

Factores relacionados

- Situaciones coexistentes que afectan a la persona de apoyo
- Capacidad agotada de la persona de apoyo
- Desorganización familiar
- Información inexacta presentada por otros
- Información inadecuada disponible para la persona de apoyo.
- Apoyo recíproco inadecuado
- Apoyo inadecuado brindado por el cliente a la persona de apoyo
- Conocimiento inadecuado de los formación por persona de apoyo
- Malentendido de la información por parte de la persona de apoyo.
- Preocupación de la persona de apoyo con inquietudes fuera de la familia.

Población en riesgo

- Familias con miembro con rol familiar alterado

- Familias con una persona de apoyo que experimentan una capacidad reducida debido a una enfermedad prolongada
- Familias con personas de apoyo que experimentan crisis de desarrollo.
- Familias con personas de apoyo que experimentan una crisis situacional

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00073

Afrontamiento familiar discapacitado

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 2008 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Comportamiento de la persona principal (familiar, pareja o amigo cercano) que incapacita sus capacidades y las capacidades del cliente para abordar de manera efectiva las tareas esenciales para la adaptación de cualquiera de las personas al desafío de salud.

Definir características

- Abandona al cliente
- Adopta los síntomas de la enfermedad del cliente.
- Comportamientos agresivos
- Síntomas depresivos
- Dificultad para estructurar una vida significativa
- Ignora las necesidades básicas del cliente
- Desprecia las relaciones familiares
- Realidad distorsionada sobre el problema de salud del cliente.
- Expresa sentirse abandonado
- Comportamientos familiares perjudiciales para el bienestar
- Hostilidad
- Individualismo deteriorado
- Capacidad inadecuada para tolerar al cliente
- Pérdida de independencia del cliente
- Descuida el régimen de tratamiento
- Realizar rutinas sin tener en cuenta las necesidades del cliente.
- Hiperenfoco prolongado en el cliente
- Agitación psicomotora
- Síntomas psicósomáticos

Factores relacionados

- Relaciones familiares ambivalentes
- Sentimientos crónicamente no expresados
- por persona de apoyo
- Diferentes estilos de afrontamiento entre persona de apoyo y cliente
- Diferentes estilos de afrontamiento entre personas de apoyo

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00075

Preparación para un mejor afrontamiento familiar

Enfoque del diagnóstico: afrontamiento

Aprobado en 1980 • Revisado en 2013

Definición

Un patrón de manejo de tareas adaptativas por parte de la persona principal (miembro de la familia, pareja o amigo cercano) involucrado con el desafío de salud del cliente, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de reconocer el impacto de la crisis en el crecimiento.
- Expresa el deseo de elegir experiencias que optimicen el bienestar.
- Expresa el deseo de mejorar la conexión con otras personas que han experimentado una situación similar.
- Expresa el deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida.
- Expresa el deseo de mejorar la promoción de la salud.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00147

Ansiedad por la muerte

Enfoque del diagnóstico: ansiedad por la muerte

Aprobado en 1998 • Revisado en 2006, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Angustia e inseguridad emocional, generada por la anticipación de la muerte y el proceso de morir de uno mismo o de otras personas significativas, que afecta negativamente la calidad de vida.

Definir características

- disforia
- Expresa preocupación por la tensión del cuidador
- Expresa preocupación por el impacto de la muerte de una persona en otras personas importantes.
- Expresa profunda tristeza
- Expresa miedo a desarrollar una enfermedad terminal.
- Expresa miedo a la soledad
- Expresa miedo a la pérdida de habilidades mentales al morir.
- Expresa miedo al dolor relacionado con la muerte.
- Expresa miedo a una muerte prematura.
- Expresa miedo a un proceso de muerte prolongado.
- Expresa miedo a separarse de sus seres queridos
- Expresa miedo al sufrimiento relacionado con la muerte.
- Expresa miedo al proceso de morir.
- Expresa miedo a lo desconocido.
- Expresa impotencia
- Informa pensamientos negativos relacionados con la muerte y el morir

Factores relacionados

- Anticipación de las consecuencias adversas de la anestesia.
- Anticipación del impacto de la muerte en otros.
- Anticipación al dolor
- Anticipación al sufrimiento
- Conciencia de muerte inminente
- Síntomas depresivos
- Discusiones sobre el tema de la muerte.
- Religiosidad deteriorada
- soledad
- Individuos que experimentan cuidados terminales de otras personas importantes.

Población en riesgo

ima

- No aceptación de la propia mortalidad
- Angustia espiritual
- Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior
- Incertidumbre sobre la vida después de la muerte.
- Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior

- Incertidumbre de pronóstico
- Síntomas físicos desagradables

- Personas que reciben atención terminal

- Personas con antecedentes de experiencias adversas con la muerte de otras personas importantes
- Personas con antecedentes de experiencia cercana a la muerte

Condiciones asociadas

- depresión
- Enfermedades estigmatizadas con alto miedo a la muerte.

- Adultos mayores
- Mujeres
- Adultos jóvenes

- Enfermedad terminal

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00072

Negación ineficaz

Enfoque del diagnóstico: negación

Aprobado en 1988 • Revisado en 2006 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Intento consciente o inconsciente de desautorizar el conocimiento o significado de un evento para reducir la ansiedad y / o el miedo, lo que conduce al detrimento de la salud.

Definir características

- Búsqueda retrasada de atención médica
- Niega el miedo a la muerte
- Niega el miedo a la discapacidad
- Fuente desplazada de síntomas
- No admite el impacto de la enfermedad en la vida.
- No percibe relevancia del peligro
- No percibe relevancia de los síntomas
- Miedo al desplazamiento con respecto al impacto de la condición.
- Afecto inapropiado
- Minimiza los síntomas
- Se niega a recibir atención médica
- Utiliza comentarios despectivos cuando hablando de un evento angustioso
- Utiliza gestos despectivos cuando habla de un evento angustioso.
- Utiliza un tratamiento no recomendado por un profesional de la salud.

Factores relacionados

- Ansiedad
- Estrés excesivo
- Miedo a la muerte
- Miedo a perder la autonomía personal
- Miedo a la separación
- Apoyo emocional inadecuado
- Sentido de control inadecuado
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Insuficiencia percibida en el trato con emociones fuertes
- Amenaza de realidad desagradable

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00148

Temor

Foco del diagnóstico: miedo

Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 2000, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata (American Psychological Association).

Definir características

Factores fisiológicos

- Anorexia
- Diaforesis
- Diarrea
- Disnea
- Aumento de la presión arterial
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- - aumento de la sudoración
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Tensión muscular
- Náusea
- Palidez
- Dilatación de pupila
- Vómitos
- Xerostomía

Conductual / Emocional

- aprensión
- Concentración en la fuente del miedo.
- Disminución de la confianza en uno mismo
- Expresa alarma
- Expresa miedo
- Expresa pavor intenso
- Expresa tensión
- Comportamientos impulsivos
- Mayor estado de alerta
- Control ineficaz de impulsos
- nerviosismo
- Agitación psicomotora

Factores relacionados

- Barreras de comunicación
- Respuesta aprendida a la amenaza
- Respuesta al estímulo fóbico
- Situación desconocida

Población en riesgo

- Niños
- Personas expuestas a situaciones traumáticas
- Personas que viven en áreas con mayor violencia
- Personas que reciben atención terminal
- Individuos separados del apoyo social
- Individuos sometidos a procedimiento quirúrgico

- Personas con antecedentes familiares de shock postraumático.
- Personas con antecedentes de caídas
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- trastornos de la sensibilidad

- Mujeres embarazadas
- Mujeres
- Mujeres en proceso de parto.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00301

Duelo inadaptado

Enfoque del diagnóstico: duelo

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Trastorno que se produce después de la muerte de un ser querido, en el que la experiencia de angustia que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales.

Definir características

- Ansiedad
- Disminución del desempeño de roles en la vida.
- Síntomas depresivos
- Niveles de intimidad disminuidos
- incredulidad
- Estrés excesivo
- Experimentar los síntomas que experimentó el difunto.
- Expresa enojo
- Expresa estar abrumado
- Expresa angustia por la persona fallecida.
- Expresa sentirse separado de los demás.
- Expresa sensación de vacío
- Expresa sentirse aturdido
- Expresa conmoción
- fatiga
- Síntomas gastrointestinales
- Evitación del dolor
- Mayor morbilidad
- Añoranza por la persona fallecida
- Desconfianza de los demás
- No aceptación de una muerte
- Recuerdos dolorosos persistentes
 - Preocupación por pensamientos sobre una persona fallecida
- Rumia sobre la persona fallecida
- Búsqueda de una persona fallecida
- Auto culpa

Factores relacionados

- Dificultad para tratar con concurrentes
- Alteración emocional excesiva
- Gran ansiedad por el apego
- Apoyo social inadecuado
- Evitación de apego baja

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan una pérdida socialmente inaceptable.
- Personas que experimentan la muerte súbita inesperada de su pareja.
- Individuos que experimentan la muerte violenta de su pareja.
- Individuos insatisfechos con la notificación de muerte
 - Personas que presenciaron síntomas incontrolados del fallecido

- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de duelo no resuelto
- Personas con una dependencia significativa del fallecido antes de la muerte
- Personas con fuerte proximidad emocional al fallecido
- Personas con conflicto no resuelto con el fallecido
- Personas sin empleo remunerado
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Desórdenes de ansiedad
- Depresión

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00302

Riesgo de duelo inadaptado

Enfoque del diagnóstico: duelo

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Susceptible a un trastorno que ocurre después de la muerte de un ser querido, en el que la experiencia de angustia que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Dificultad para tratar con concurrentes
- Alteración emocional excesiva
- Gran ansiedad por el apego
- Apoyo social inadecuado
- Evitación de apego baja

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan una pérdida socialmente inaceptable.
- Personas que experimentan la muerte súbita inesperada de su pareja.
- Individuos que experimentan la muerte violenta de su pareja.
- Individuos insatisfechos con la notificación de muerte
 - Personas que presenciaron síntomas incontrolados del fallecido
- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de duelo no resuelto
- Personas con una dependencia significativa del fallecido antes de la muerte
- Personas con fuerte proximidad emocional al fallecido
- Personas con conflicto no resuelto con el fallecido
- Personas sin empleo remunerado
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Desórdenes de ansiedad
- Depresión

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00285

Disposición para un duelo intensificado

Enfoque del diagnóstico: duelo

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de integración de una nueva realidad funcional que surge después de una pérdida significativa real, anticipada o percibida, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa su deseo de continuar con el legado del difunto.
- Expresa el deseo de participar en actividades anteriores.
- Expresa el deseo de mejorar la capacidad de afrontar el dolor.
- Expresa el deseo de mejorar el perdón.
- Expresa el deseo de aumentar la esperanza.
- Expresa el deseo de mejorar el crecimiento personal.
- Expresa el deseo de mejorar el ciclo de sueño-vigilia.
- Expresa deseo de integrar sentimientos de ira.
- Expresa el deseo de integrar sentimientos de desesperación.
- Expresa el deseo de integrar sentimientos de culpa
- Expresa el deseo de integrar sentimientos de remordimiento.
- Expresa el deseo de integrar sentimientos positivos.
- Expresa deseo de integrar recuerdos positivos de fallecidos
- Expresa el deseo de integrar posibilidades para una vida feliz
- Expresa el deseo de integrar posibilidades para una vida significativa
- Expresa el deseo de integrar posibilidades para una vida con propósito
- Expresa el deseo de integrar posibilidades para una vida satisfactoria
- Expresa deseo de integrar la pérdida.
- Expresa el deseo de invertir energía en nuevas relaciones interpersonales.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00241

Regulación alterada del estado de ánimo

Enfoque del diagnóstico: regulación del estado de ánimo.

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afectos y que está compuesto por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y / o fisiológicas que varían de leves a graves.

Definir características

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento verbal alterado - Cambio de apetito - Desinhibición - Disforia - Culpa excesiva - Autoconciencia excesiva - Vuelo de pensamientos - desesperanza | <ul style="list-style-type: none"> - Atención deteriorada - Estado de ánimo irritable - Agitación psicomotora - Retraso psicomotor - Afecto triste - Autoculparse - Alienación social |
|--|--|

Factores relacionados

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ciclo de sueño-vigilia alterado - Ansiedad - Dificultad para funcionar socialmente - Factores externos que influyen en el autoconcepto - Hipervigilancia - soledad | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Pensamientos recurrentes de muerte - pensamientos recurrentes de suicidio - Aislamiento social - Mal uso de sustancia - Cambio de peso |
|---|---|

Condiciones asociadas

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica - Deterioro funcional | <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis |
|---|--|

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00125

Impotencia

Enfoque del diagnóstico: poder

Aprobado en 1982 • Revisado en 2010, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Un estado de pérdida de control o influencia real o percibida sobre factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad (adaptado de American Psychology Association).

Definir características

- Recuperación retrasada
- Síntomas depresivos
- Expresa dudas sobre el desempeño del rol
- Expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores.
- Expresa falta de propósito en la vida.
- Expresa vergüenza
- fatiga
- Pérdida de independencia
- Informa un sentido de control inadecuado
- Alienación social

Factores relacionados

- Ansiedad
- Tensión del rol del cuidador
- Entorno institucional disfuncional
- Movilidad física deteriorada
- Interés inadecuado en mejorar la propia situación.
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Conocimientos inadecuados para gestionar una situación.
- Motivación inadecuada para mejorar la propia situación.
- Participación inadecuada en el régimen de tratamiento
- Apoyo social inadecuado
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Baja autoestima
- Dolor
- Complejidad percibida del régimen de tratamiento
- Estigma social percibido
- Marginación social

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente traumáticos individuos
- Personas expuestas a situaciones eventos

Condiciones asociadas

- Trastornos cerebrovasculares
- Trastornos cognitivos
- Enfermedad crítica
- Enfermedad progresiva
- Impredecibilidad de la enfermedad
- trayectoria

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00152

Riesgo de impotencia

Enfoque del diagnóstico: poder

Aprobado en 2000 • Revisado en 2010, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Susceptible a un estado de pérdida de control o influencia real o percibida sobre factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad, que pueden comprometer la salud (adaptado de la Asociación Estadounidense de Psicología).

Factores de riesgo

- Ansiedad
- Tensión del rol del cuidador
- Entorno institucional disfuncional
- Movilidad física deteriorada
- Interés inadecuado en mejorar la propia situación.
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Conocimientos inadecuados para gestionar una situación.
- Motivación inadecuada para mejorar la propia situación.
- Participación inadecuada en el régimen de tratamiento
- Apoyo social inadecuado
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Baja autoestima
- Dolor
- Complejidad percibida del régimen de tratamiento
- Estigma social percibido
- Marginación social

Población en riesgo

- Desfavorecidos económicamente
- Personas expuestas a situaciones traumáticas
- individuos
- eventos

Condiciones asociadas

- Trastornos cerebrovasculares
- Trastornos cognitivos
- Enfermedad crítica
- Enfermedad progresiva
- Impredecibilidad de la enfermedad
- trayectoria

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00187

Preparación para potencia mejorada

Enfoque del diagnóstico: poder

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de participación consciente en el cambio para el bienestar, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la conciencia de posibles cambios.
- Expresa su deseo de mejorar las decisiones que podrían conducir a cambios.
- Expresa el deseo de mejorar la independencia dependencia tomando medidas para el cambio
- Expresa el deseo de mejorar la participación en el cambio.
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento para participar en el cambio.
- Expresa el deseo de mejorar la participación en las elecciones de la vida diaria.
- Expresa el deseo de mejorar la participación en las elecciones para la salud.
- Expresa el deseo de mejorar el poder.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00210

Resiliencia deteriorada

Enfoque del diagnóstico: resiliencia

Aprobado en 2008 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Disminución de la capacidad para recuperarse de situaciones adversas o cambiantes percibidas, a través de un proceso dinámico de adaptación.

Definir características

- Disminución del interés por las actividades académicas.
- Disminución del interés por las actividades profesionales.
- Síntomas depresivos
- Expresa vergüenza
- Estado de salud deteriorado
- Sentido de control inadecuado
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Integración ineficaz
- Baja autoestima
- Elevación renovada de la angustia
- Informa que se siente culpable
- Aislamiento social

Factores relacionados

- Relaciones familiares alteradas
- Violencia comunitaria
- Rituales familiares interrumpidos
- Roles familiares alterados
- Procesos familiares disfuncionales
- Recursos sanitarios inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Crianza inconsistente
- Adaptación familiar ineficaz
- Control ineficaz de impulsos
- Múltiples situaciones adversas coexistentes
- Vulnerabilidad percibida
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan una nueva crisis.
- Individuos que experimentan una crisis crónica.
- Personas expuestas a la violencia
- Personas que son miembros de una minoría étnica
- Personas cuyos padres tienen trastornos mentales.
- Personas con antecedentes de exposición a la violencia.
- Individuos con familias numerosas
- Madres con bajo nivel educativo
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Discapacidad intelectual
- Trastorno psicológico

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00211

Riesgo de deterioro de la resiliencia

Enfoque del diagnóstico: resiliencia

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una menor capacidad para recuperarse de situaciones adversas o cambiantes percibidas, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Relaciones familiares alteradas
- Violencia comunitaria
- Rituales familiares interrumpidos
- Roles familiares alterados
- Procesos familiares disfuncionales
- Recursos sanitarios inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Crianza inconsistente
- Adaptación familiar ineficaz
- Control ineficaz de impulsos
- Múltiples efectos adversos coexistentes
- situaciones
- Vulnerabilidad percibida
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que experimentan una nueva crisis.
- Individuos que experimentan una crisis crónica.
- Personas expuestas a la violencia
- Personas que son miembros de una minoría étnica
- Personas cuyos padres tienen trastornos mentales.
- Personas con antecedentes de exposición a la violencia.
- Individuos con familias numerosas
- Madres con bajo nivel educativo
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Discapacidad intelectual
- Trastorno psicológico

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00212

Preparación para una mayor resiliencia

Enfoque del diagnóstico: resiliencia

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de capacidad para recuperarse de situaciones adversas o cambiantes percibidas, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar los recursos disponibles.
- Expresa el deseo de mejorar las habilidades de comunicación.
- Expresa el deseo de mejorar la seguridad ambiental.
- Expresa el deseo de mejorar el establecimiento de objetivos.
- Expresa el deseo de mejorar las relaciones interpersonales.
- Expresa deseo de mejorar participación en actividades
- Expresa el deseo de mejorar su propia responsabilidad por la acción.
- Expresa el deseo de mejorar la perspectiva positiva
- Expresa el deseo de mejorar el progreso hacia la meta.
- Expresa el deseo de mejorar la resiliencia psicológica.
- Expresa el deseo de mejorar la autoestima.
- Expresa el deseo de mejorar la sensación de control.
- Expresa el deseo de mejorar el sistema de apoyo.
- Expresa su deseo de mejorar el uso de estrategias de manejo de conflictos.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de las habilidades de afrontamiento.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de recursos.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00137

Dolor crónico

Foco del diagnóstico: dolor

Aprobado 1998 • Revisado 2017

Definición

Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentada (por un padre, cuidador, individuo con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, a lo largo de la trayectoria de una enfermedad o discapacidad.

Definir características

- Expresa sentimiento que interfiere con bienestar - Tristeza
- Sentimientos negativos abrumadores

Factores relacionados

- Crisis de gestión de la discapacidad
- Crisis de manejo de enfermedades
- Hitos perdidos
- Oportunidades perdidas

Población en riesgo

- Individuos que experimentan crisis de desarrollo mental
- Personas que experimentan la pérdida de su pareja
- Personas que trabajan en el papel de cuidadores durante un período de tiempo prolongado.

Condiciones asociadas

- Discapacidad crónica
- Enfermedad crónica

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 9 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00177

Sobrecarga de estrés

Foco del diagnóstico: estrés

Aprobado en 2006 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Cantidades excesivas y tipos de demandas que requieren acción.

Definir características

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| - Dificultad en la toma de decisiones | - Funcionamiento deteriorado |
| - Expresa sentirse presionado | - Mayor impaciencia |
| - Expresa un aumento de ira | - Impacto negativo del estrés |
| - Expresa tensión | |

Factores relacionados

- | | |
|------------------------|------------------------|
| - Recursos inadecuados | - Factores estresantes |
| - Estresores repetidos | |

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00258

Síndrome de abstinencia aguda de sustancias

Enfoque del diagnóstico: síndrome de abstinencia aguda de sustancias Aprobado en 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Secuelas graves y multifactoriales tras el cese abrupto de un compuesto adictivo.

Definir características

- Confusión aguda (00128)
- Ansiedad (00146)
- Patrón de sueño perturbado (00198)
- Náuseas (00134)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)
- Riesgo de lesiones (00035)

Factores relacionados

- Desarrolló dependencia a sustancias adictivas.
- Uso excesivo de una sustancia adictiva a lo largo del tiempo.
- desnutrición
- Cese repentino de una sustancia adictiva

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de síntomas de abstinencia
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Comorbilidad significativa

D
o
m
i
n
i
o

9. Afrontamiento / estrés

tolerancia

Clase 3.

D
o
m
i
n
i
o

Factores de riesgo

- Desarrollo de dependencia a sustancias adictivas.
- Uso excesivo de una sustancia adictiva a lo largo del tiempo.

Diagnóstico Código 00259

- desnutrición
- Cese repentino de una sustancia adictiva

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de síntomas de abstinencia
- Adultos mayores

poragudo

sustancia retiro síndrome

=====



- Comorbilidad

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00009

Disreflexia autonómica

Enfoque del diagnóstico: disreflexia autonómica Aprobado en 1988 • Revisado en 2017

Definición

Respuesta simpática desinhibida y potencialmente mortal del sistema nervioso a un estímulo nocivo después de una lesión de la médula espinal en la séptima vértebra torácica (T7) o superior.

Definir características

- Visión borrosa
- Bradicardia
- Dolor de pecho
- Relajado
- Congestión conjuntival
- Diaforesis por encima de la lesión.
- Dolor diferente en diferentes áreas de la cabeza
- Síndrome de horner
- Sabor metálico en boca
- Congestión nasal
- Palidez debajo de la herida
- Parestesia
- Hipertensión paroxística
- Reflejo pilomotor
- Manchas rojas en la piel por encima del lesión
- Taquicardia

Factores relacionados

Estímulos gastrointestinales

- Distensión intestinal
- Estreñimiento
- Dificultad en el paso de las heces
- Estimulación digital
- Enemas Impactación fecal
- Supositorios

Estímulos tegumentarios

- Estimulación cutánea
- Irritación de la piel
- Quemaduras de sol
- Herida

Estímulos musculoesquelético-neurológicos

- Estímulos irritantes por debajo del nivel de lesión.
- Espasmo muscular
- Estímulos dolorosos por debajo del nivel de la lesión.
- Presión sobre prominencia ósea
- Presión sobre los genitales
- Ejercicios de rango de movimiento

Estímulos regulatorios-situacionales

- Ropa constrictiva
- Posicionamiento
- Fluctuaciones de temperatura ambiental

Estímulos reproductivo-urológicos

- Distensión de la vejiga
- Instrumentación
- Espasmo de vejiga
- Relaciones sexuales

Otros factores

- Conocimiento inadecuado del cuidador del proceso de la enfermedad
- Conocimiento inadecuado de la enfermedad. proceso

Población en riesgo

- Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas.
- Mujeres con lesión o lesión de la médula espinal que están experimentando trabajo de parto.
- Hombres con lesión o lesión de la médula espinal que experimentan eyaculación.
- Mujeres con lesión o lesión de la médula espinal que están menstruando
- Mujeres embarazadas con lesión o lesión de la médula espinal.

Condiciones asociadas

- Fracturas de hueso
- Cálculo renal
- Disinergia del esfínter detrusor
- Abstinencia de sustancias
- Enfermedades del sistema digestivo
- Procedimientos quirúrgicos
- Epididimitis
- Cateterismo urinario
- Infección del tracto urinario
- Hueso heterotópico
- Quiste de ovario
- Tromboembolismo venoso
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00010

Riesgo de disreflexia autonómica

Enfoque del diagnóstico: disreflexia autonómica

Aprobado 1998 • Revisado 2000, 2013, 2017

Definición

Susceptible a una respuesta desinhibida y potencialmente mortal del sistema nervioso simpático después de un choque espinal, en un individuo con lesión de la médula espinal o lesión en la sexta vértebra torácica (T6) o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en la séptima vértebra torácica [T7] y la octava vértebra torácica [T8]), que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Estímulos gastrointestinales

- Distensión intestinal
- Estreñimiento
- Dificultad en el paso de las heces
- Estimulación digital
- Enemas
- Impactación fecal
- Supositorios

Estímulos tegumentarios

- Estimulación cutánea
- Irritación de la piel
- Quemaduras de sol
- Herida

Estímulos musculoesquelético-neurológicos

- Estímulos irritantes por debajo del nivel de lesión.
- Espasmo muscular
- Estímulos dolorosos por debajo del nivel de la lesión.
- Presión sobre prominencia ósea
- Presión sobre los genitales
- Ejercicios de rango de movimiento

Estímulos regulatorios-situacionales

- Ropa constrictiva
- Fluctuaciones de temperatura ambiental
- Posicionamiento

Estímulos reproductivo-urológicos

- Distensión de la vejiga
- Espasmo de vejiga
- Instrumentación
- Relaciones sexuales

Otros factores

- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre el proceso de la enfermedad.
- Conocimiento inadecuado del proceso de la enfermedad.

Población en riesgo

- Personas con lesión de la médula espinal o lesión expuesta a temperaturas ambientales extremas
- Mujeres con lesión o lesión de la médula espinal que están experimentando trabajo de parto.
- Mujeres con lesión o lesión de la médula espinal que están menstruando
- Mujeres embarazadas con lesión o lesión de la médula espinal.

Condiciones asociadas

- Fracturas de hueso
- Cálculo renal
- Disinergia del esfínter detrusor
- Abstinencia de sustancias
- Enfermedades del sistema digestivo
- Procedimientos quirúrgicos
- Epididimitis
- Cateterismo urinario
- Infección del tracto urinario
- Hueso heterotópico
- Tromboembolismo venoso
- Quiste de ovario
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00264

Síndrome de abstinencia neonatal

Enfoque del diagnóstico: síndrome de abstinencia neonatal Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Constelación de síntomas de abstinencia observados en recién nacidos como resultado de la exposición en el útero a sustancias adictivas o como consecuencia del tratamiento farmacológico del dolor posnatal.

Definir características

- Diarrea (00013)
- Comportamiento infantil desorganizado (00116)
- Patrón de sueño perturbado (00198)
- Comodidad deteriorada (00214)
- Estrés neuroconductual
- Riesgo de aspiración (00039)
- Riesgo de apego deteriorado (00058)
- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel (00047)
- Riesgo de termorregulación ineficaz (00274)
- Riesgo de lesiones (00035)

Factores relacionados

- Para ser desarrollado

Población en riesgo

- Recién nacidos expuestos a madres iatrogénicamente abusos de sustancias en el útero dolor
- Recién nacidos expuestos a la sustancia para el control del dolor
- Recién nacidos prematuros

Se recomienda la herramienta de puntuación de abstinencia neonatal de Finnegan (FNAST) para evaluar los síntomas de abstinencia y para tomar decisiones relacionadas con el plan de atención. Una puntuación FNAST de 8 o más, en combinación con un historial de exposición a sustancias en el útero, se usa a menudo para hacer el diagnóstico del síndrome de abstinencia neonatal. Este instrumento fue desarrollado y se usa predominantemente en los EE. UU. Y otros países occidentales, por lo que puede que no sea apropiado recomendarlo a la comunidad internacional. Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00116

Comportamiento infantil desorganizado

Enfoque del diagnóstico: comportamiento organizado

Aprobado en 1994 • Revisado en 1998, 2017

Definición

Desintegración de los sistemas de funcionamiento fisiológico y neuroconductual.

Definir características

Sistema de atención-interacción

- Deterioro de la respuesta a los estímulos sensoriales.

Sistema motor

- Reflejos primitivos alterados
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Inquieto
- Dedos extendidos
- Puño
- Comportamiento cara a cara
- Hiperextensión de extremidades.
- Tono motor deteriorado
- Mantiene las manos en posición de cara
- Temblor
- Espasmos
- Movimiento descoordinado

Fisiológico

- Color de piel anormal
- Arritmia
- Bradicardia
- Incapacidad para tolerar la tasa de alimentación.
- Incapacidad para tolerar el volumen de comidas.
- Desaturación de oxígeno
- taquicardia
- Señales de tiempo muerto

Problemas regulatorios

- Capacidad alterada para inhibir el reflejo de sobresalto.
- Estado de ánimo irritable

Sistema de organización estatal

- Estado activo-despierto
- Deshabilite la actividad del electroencefalograma alfa (EEG) con los ojos cerrados
- llanto irritable
- Estado tranquilo y despierto
- Estado de oscilación

Factores relacionados

- El cuidador malinterpreta las señales del bebé.
- Sobreestimulación ambiental
- Intolerancia alimentaria
- Conocimiento inadecuado por parte del cuidador de las señales de comportamiento.
- Contención inadecuada en el medio ambiente.
- Entorno físico inadecuado
- Estimulación sensorial ambiental insuficiente
- desnutrición
- Dolor
- Privación sensorial
- Sobreestimulación sensorial

Población en riesgo

- Lactantes expuestos a teratógenos en el útero
- Lactantes con baja edad posmenstrual
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Trastornos congénitos
- Funcionamiento neurológico inmaduro
- Funcionamiento motor infantil deteriorado
- Enfermedades genéticas congénitas
- Procedimiento invasivo
- Deterioro oral

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00115

Riesgo de comportamiento infantil desorganizado

Enfoque del diagnóstico: comportamiento organizado

Aprobado en 1994 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible a la desintegración en el patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y neuroconductual, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- El cuidador malinterpreta las señales del bebé.
- Sobreestimulación ambiental
- Intolerancia alimentaria
- Conocimiento inadecuado del cuidador
- Dolor de señales de comportamiento
- Contención inadecuada dentro medio ambiente
- Entorno físico inadecuado
- Sensorial ambiental insuficiente estímulo
- Desnutrición
- Privación sensorial
- Sobreestimulación sensorial

Población en riesgo

- Lactantes expuestos a teratógenos en útero
- Lactantes con baja posmenstrual la edad
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Trastornos congénitos
- Funcionamiento neurológico inmaduro
- Funcionamiento motor infantil deteriorado
- Enfermedades genéticas congénitas
- Procedimiento invasivo
- Deterioro oral

Dominio 9 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00117

Preparación para un comportamiento infantil organizado mejorado

Enfoque del diagnóstico: comportamiento organizado

Aprobado en 1994 • Revisado en 2013

Definición

Un patrón integrado de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y neuroconductual, que puede fortalecerse.

Definir características

- El cuidador principal expresa su deseo de mejorar el reconocimiento de señales.
- El cuidador principal expresa su deseo de mejorar las condiciones ambientales.
- El cuidador principal expresa su deseo de mejorar el reconocimiento de las conductas autorreguladoras del bebé.

Dominio 10.

Principios de vida

Principios subyacentes a la conducta, el pensamiento y el comportamiento sobre actos, costumbres o instituciones que se consideran verdaderos o que tienen un valor intrínseco.

Clase 1. Valores

La identificación y clasificación de modos preferidos de conducta o estados finales

Código	Diagnóstico	Página
	Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.	

Clase 2. Creencias

Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, costumbres, o instituciones consideradas verdaderas o con intrínsecas valer

Código	Diagnóstico	Página
00068	Preparación para un mayor bienestar espiritual	449

Clase 3. Congruencia entre valores / creencias / acciones

La correspondencia o equilibrio logrado entre valores, creencias y acciones

Código	Diagnóstico	Página
00184	Disponibilidad para una mejor toma de decisiones	451
00083	Conflicto decisonal	452
00242	Toma de decisiones emancipada deteriorada	453
00244	Riesgo de toma de decisiones emancipada deficiente	454
00243	Disponibilidad para una mejor toma de decisiones emancipada	455
00175	Angustia moral	456
00169	Religiosidad deteriorada	457
00170	Riesgo de religiosidad deteriorada	458
00171	Preparación para una religiosidad mejorada	459

00066	Angustia espiritual	460
00067	Riesgo de angustia espiritual	462

Dominio 10 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00068

Preparación para un mayor bienestar espiritual

Enfoque del diagnóstico: bienestar espiritual

Aprobado en 1994 • Revisado en 2002, 2013, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de integración de significado y propósito en la vida a través de conexiones con uno mismo, los demás, el mundo y / o un poder superior a uno mismo, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la aceptación.
- Expresa el deseo de mejorar la capacidad de autoconfort
- Expresa el deseo de mejorar la comodidad en la propia fe.
- Expresa el deseo de mejorar la conexión con la naturaleza.
- Expresa el deseo de mejorar la conexión con un poder superior a uno mismo.
- Expresa el deseo de mejorar el afrontamiento
- Expresa el deseo de mejorar el coraje.
- Expresa el deseo de mejorar la energía creativa.
- Expresa el deseo de mejorar el perdón de los demás.
- Expresa el deseo de mejorar la armonía en el medio ambiente.
- Expresa el deseo de aumentar la esperanza.
- Expresa el deseo de mejorar la paz interior.
- Expresa el deseo de mejorar la interacción con su pareja.
- Expresa el deseo de mejorar la alegría.
- Expresa el deseo de realzar el amor.
- Expresa el deseo de mejorar el amor por los demás.
- Expresa el deseo de mejorar la práctica meditativa.
- Expresa el deseo de mejorar las experiencias místicas.
- Expresa el deseo de mejorar la unidad con la naturaleza.
- Expresa el deseo de mejorar la unidad con un poder mayor que el de uno mismo.
- Expresa el deseo de mejorar la participación en prácticas religiosas
- Expresa el deseo de mejorar la paz con un poder superior a uno mismo.
- Expresa el deseo de mejorar la oración.
- Expresa el deseo de mejorar la reverencia.
- Expresa el deseo de mejorar la satisfacción con la vida.
- Expresa el deseo de mejorar la autoconciencia.
- Expresa el deseo de mejorar el perdón a sí mismo.
- Expresa el deseo de mejorar la sensación de asombro.
- Expresa el deseo de mejorar el sentido de armonía dentro de uno mismo.
- Expresa el deseo de mejorar el sentido de identidad.
- Expresa el deseo de mejorar el sentido de la magia en el medio ambiente.
- Expresa el deseo de mejorar la serenidad.
- Expresa el deseo de mejorar el servicio a los demás.

- Expresa el deseo de mejorar
la fuerza en la fe.

- Expresa el deseo de mejorar
la entrega.

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00184

Disponibilidad para una mejor toma de decisiones

Enfoque del diagnóstico: toma de decisiones

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de elección de un curso de acción para alcanzar las metas relacionadas con la salud a corto y largo plazo, que pueden fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la congruencia de decisiones con el objetivo sociocultural.
- Expresa el deseo de mejorar la congruencia de decisiones con los valores socioculturales.
- Expresa el deseo de mejorar la congruencia de las decisiones con el objetivo.
 - Expresa el deseo de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores.
- Expresa el deseo de mejorar la toma de decisiones.
- Expresa el deseo de mejorar el análisis de riesgos y beneficios de las decisiones.
- Expresa el deseo de mejorar la comprensión de las opciones.
- Expresa el deseo de mejorar la comprensión del significado de las elecciones.
- Expresa su deseo de mejorar el uso de evidencia confiable para tomar decisiones.

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00083

Conflicto decisional

Foco del diagnóstico: conflicto decisional

Aprobado en 1988 • Revisado en 2006 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Incertidumbre sobre el curso de acción que se debe tomar cuando la elección entre acciones en competencia implica riesgo, pérdida o desafío a los valores y creencias.

Definir características

- Toma de decisiones retrasada
- Expresa angustia durante la toma de decisiones
- Signo físico de angustia
- Signo físico de tensión.
- Cuestiona el principio moral al intentar tomar una decisión.
- Cuestiona la regla moral al intentar tomar una decisión.
- Cuestiona los valores morales al intentar tomar una decisión.
- Cuestiona creencias personales al intentar tomar una decisión.
- Cuestiona los valores personales al intentar tomar una decisión.
- Reconoce las consecuencias no deseadas de posibles acciones.
- Informa incertidumbre sobre las opciones.
- Enfocado en uno mismo
- Vacilando entre opciones

Factores relacionados

- Conflicto con obligación moral
- Fuentes de información contradictorias
- Información inadecuada
- Apoyo social inadecuado
- Inexperiencia en la toma de decisiones
- Interferencia en la toma de decisiones
- El principio moral apoya acciones mutuamente inconsistentes
- La regla moral apoya acciones mutuamente inconsistentes
- El valor moral apoya acciones mutuamente inconsistentes
- Peligro percibido para el sistema de valores
- Creencias personales poco claras
- Valores personales poco claros

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00242

Toma de decisiones emancipada deteriorada

Enfoque del diagnóstico: toma de decisiones emancipada

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un proceso de elección de una decisión sobre el cuidado de la salud que no incluye el conocimiento personal y / o la consideración de las normas sociales, o que no ocurre en un ambiente flexible, lo que resulta en una insatisfacción decisiva.

Definir características

- Promulgación retrasada de la opción de atención médica
- Dificultad para elegir la opción de atención médica que mejor se adapte al estilo de vida actual.
- Expresa restricción al describir su propia opinión
- Expresa angustia por la opinión de los demás.
- Expresa una preocupación excesiva por las opiniones de los demás.
- Expresa un miedo excesivo a lo que otros piensan sobre una decisión.
- Capacidad deficiente para describir cómo encajará la opción en el estilo de vida actual
 - verbalización limitada sobre la opción de atención médica en presencia de otros

Factores relacionados

- Disminución de la comprensión de las opciones de atención médica disponibles.
- Dificultad para verbalizar adecuadamente las percepciones sobre las opciones de atención médica
- Confianza inadecuada para discutir abiertamente las opciones de atención médica
- Información inadecuada sobre las opciones de atención médica.
- Privacidad inadecuada para discutir abiertamente las opciones de atención médica.
- Insuficiente autoconfianza en la toma de decisiones.
- Tiempo insuficiente para discutir las opciones de atención médica

Población en riesgo

- Individuos con decisión limitada haciendo experiencia
- Mujeres que acceden a la atención médica desde sistemas con jerarquía patriarcal.
- Mujeres que viven en familias con jerarquía patriarcal

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00244

Riesgo de toma de decisiones emancipada deficiente

Enfoque del diagnóstico: toma de decisiones emancipada

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a un proceso de elección de una decisión de atención médica que no incluye el conocimiento personal y / o la consideración de las normas sociales, o no ocurre en un entorno flexible, lo que resulta en insatisfacción decisiva.

Factores de riesgo

- Disminución de la comprensión de las opciones de atención médica disponibles.
- Dificultad para verbalizar adecuadamente las percepciones sobre las opciones de atención médica
- Confianza inadecuada para discutir abiertamente las opciones de atención médica
- Información inadecuada sobre las opciones de atención médica.
- Privacidad inadecuada para discutir abiertamente las opciones de atención médica.
- Insuficiente autoconfianza en la toma de decisiones.
- Tiempo insuficiente para discutir las opciones de atención médica

Población en riesgo

- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Mujeres que acceden a la atención médica desde sistemas con jerarquía patriarcal.
- Mujeres que viven en familias con jerarquía patriarcal

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00243

Disponibilidad para una mejor toma de decisiones emancipada

Enfoque del diagnóstico: toma de decisiones emancipada Aprobado 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un proceso de elección de una decisión de atención de la salud que incluye el conocimiento personal y / o la consideración de las normas sociales, que pueden fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la capacidad de elegir opciones de atención médica que mejoren el estilo de vida actual.
 - Expresa el deseo de mejorar la capacidad de implementar la opción de atención médica elegida.
- Expresa el deseo de mejorar la capacidad para comprender todas las opciones de atención médica disponibles.
- Expresa el deseo de mejorar la capacidad de verbalizar su propia opinión sin restricciones.
- Expresa el deseo de mejorar la comodidad para verbalizar las opciones de atención médica en presencia de otros
- Expresa el deseo de mejorar la confianza en la toma de decisiones.
- Expresa su deseo de mejorar la confianza para discutir abiertamente las opciones de atención médica
- Expresa el deseo de mejorar la toma de decisiones.
- Expresa su deseo de mejorar la privacidad para discutir las opciones de atención médica.

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00175

Angustia moral

Enfoque del diagnóstico: angustia moral
Aprobado en 2006 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Respuesta a la incapacidad de llevar a cabo la decisión y / o acción ética o moral elegida.

Definir características

- Informa angustia por actuar sobre la propia elección moral

Factores relacionados

- Conflicto entre tomadores de decisiones
- Dificultad para llegar al final de la vida
- decisiones
- Dificultad para hacer el tratamiento
- decisión
- Información disponible para decisión-
- haciendo conflictos
- Limitación de tiempo para tomar decisiones
- haciendo
- Valores incongruentes con los culturales.
- normas

Población en riesgo

- Individuos que experimentan pérdida de autonomía personal.
- Individuos físicamente distantes del tomador de decisiones

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00169

Religiosidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: religiosidad

Aprobado en 2004 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Capacidad deficiente para confiar en creencias y / o participar en rituales de una tradición religiosa en particular.

Definir características

- Desea reconectarse con el patrón de creencias.
- Deseos de reconectarse con la aduana.
- Dificultad para adherirse a creencias religiosas prescritas
- Dificultad para adherirse a los rituales religiosos prescritos
- Expresa angustia por la separación de la comunidad de fe
- Cuestiona creencias religiosas
- Cuestiones costumbres religiosas

Factores relacionados

- Ansiedad
- Barrera cultural para practicar religión
- Síntomas depresivos
- Limitaciones ambientales
- Miedo a la muerte
- Apoyo social inadecuado
- Sociocultural inadecuado Interacción
- Transporte inadecuado
- Cuidado ineficaz Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Inseguridad
- Dolor
- Angustia espiritual

Población en riesgo

- Individuos hospitalizados
- Personas que experimentan una crisis al final de la vida
- Individuos que experimentan una transición de vida.
- Individuos que experimentan crisis personales.
- Individuos que experimentan una crisis espiritual.
- Personas con historial de manipulación religiosa
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- depresión
- Estado de salud deteriorado

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00170

Riesgo de religiosidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: religiosidad

Aprobado en 2004 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una capacidad disminuida para confiar en creencias religiosas y / o participar en rituales de una tradición religiosa en particular, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ansiedad
- Barrera cultural para practicar religión
- Síntomas depresivos
- Limitaciones ambientales
- Miedo a la muerte
- Apoyo social inadecuado
- Sociocultural inadecuado Interacción
- Transporte inadecuado
- Cuidado ineficaz Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Inseguridad
- Dolor
- Angustia espiritual

Población en riesgo

- Individuos hospitalizados
- Personas que experimentan una crisis al final de la vida
- Individuos que experimentan una transición de vida.
- Individuos que experimentan crisis personales.
- Individuos que experimentan una crisis espiritual.
- Personas con historial de manipulación religiosa
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- depresión
- Estado de salud deteriorado

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00171

Preparación para una religiosidad mejorada

Enfoque del diagnóstico: religiosidad

Aprobado en 2004 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de dependencia de creencias religiosas y / o participación en rituales de una tradición religiosa particular, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la conexión con un líder religioso.
- Expresa el deseo de mejorar el perdón.
 - Expresa el deseo de mejorar la participación en experiencias religiosas.
- Expresa el deseo de mejorar la participación en prácticas religiosas
- Expresa el deseo de mejorar las opciones religiosas.
- Expresa el deseo de mejorar el uso de material religioso.
- Expresa el deseo de restablecer los patrones de creencias.
- Expresa el deseo de restablecer las costumbres religiosas.

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00066

Angustia espiritual

Enfoque del diagnóstico: angustia espiritual

Aprobado en 1978 • Revisado en 2002, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Un estado de sufrimiento relacionado con la capacidad deficiente para integrar significado y propósito en la vida a través de conexiones con uno mismo, los demás, el mundo y / o un poder superior a uno mismo.

Definir características

- Comportamientos de ira
- Llorando
- Disminución de la expresión de la creatividad.
- Desinterés por la naturaleza
- Disomnias
- Culpa excesiva
- Expresa alienación
- Expresa enojo
- Expresa enojo hacia el poder más grande que uno mismo.
- Expresa preocupación por las creencias.
- Expresa preocupación por el futuro
- Expresa preocupación por el sistema de valores.
- Expresa preocupaciones sobre la familia
- Expresa sentirse abandonado por un poder superior a uno mismo.
- Expresa sensación de vacío
- Expresa sentirse no amado
- Expresa sentirse inútil
- Expresa insuficiente coraje
- Expresa pérdida de confianza
- Expresa pérdida de control
- Expresa pérdida de esperanza
- Expresa pérdida de serenidad
- Expresa necesidad de perdón
- Expresa arrepentimiento
- Expresa sufrimiento
- fatiga
- Temor
- Capacidad disminuida para la introspección.
- Incapacidad para experimentar la trascendencia.
- Duelo inadaptado
- Percepción de la pérdida de sentido en la vida.
- Preguntas de identidad
- Preguntas sobre el sentido de la vida
- Preguntas sobre el significado del sufrimiento
- Cuestiona la propia dignidad
- Se niega a interactuar con los demás.

Factores relacionados

- Ritual religioso alterado
- Práctica espiritual alterada
- Ansiedad
- Barrera para experimentar el amor
- Conflicto cultural
- Síntomas depresivos

- Dificultad para aceptar el proceso de envejecimiento
- Control ambiental inadecuado
- Relaciones interpersonales inadecuadas

- soledad
- Pérdida de independencia
- Baja autoestima

- Dolor
- Percepción de tener asuntos pendientes
- Autoalienación
- Separación del sistema de soporte

- Alienación social
- Privación sociocultural
- Estresores
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Individuos que experimentan el nacimiento de un niño
- Individuos que experimentan la muerte de una pareja
- Individuos que experimentan infertilidad
- Individuos que experimentan una transición de vida.
- Individuos que experimentan conflictos raciales
- Individuos que experimentan eventos de vida inesperados.

- Personas expuestas a la muerte
- Personas expuestas a desastres naturales
- Personas expuestas a eventos traumáticos.
- Personas que reciben malas noticias.
- Personas que reciben atención terminal
- Personas con bajo nivel educativo

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Depresión
- Pérdida de una parte del cuerpo

- Pérdida de función de una parte del cuerpo.
- Régimen de tratamiento

Dominio 10 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00067

Riesgo de angustia espiritual

Enfoque del diagnóstico: angustia espiritual

Aprobado 1998 • Revisado 2004, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a un estado de sufrimiento relacionado con la capacidad deteriorada para integrar significado y propósito en la vida a través de conexiones con uno mismo, los demás, el mundo y / o un poder superior a uno mismo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ritual religioso alterado
- Práctica espiritual alterada
- Ansiedad
- Barrera para experimentar el amor
- Conflicto cultural
- Síntomas depresivos
- Dificultad para aceptar el envejecimiento
- Control ambiental inadecuado
- Relaciones interpersonales inadecuadas
- Soledad
- Pérdida de independencia
- Baja autoestima
- Dolor
- Percepción de tener inacabado negocio
- Auto-alienación
- Separación del sistema de soporte
- Alienación social
- Privación sociocultural
- Factores estresantes
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Individuos que experimentan el nacimiento de un niño
- Individuos que experimentan la muerte de una pareja
- Individuos que experimentan infertilidad
- Individuos que experimentan una transición de vida.
- Individuos que experimentan conflictos raciales
- Individuos que experimentan eventos de vida inesperados.
- Personas expuestas a la muerte
- Personas expuestas a desastres naturales
- Personas expuestas a eventos traumáticos.
- Personas que reciben malas noticias.
- Personas que reciben atención terminal
- Personas con bajo nivel educativo

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica cuerpo.
- Depresión
- Pérdida de una parte del cuerpo
- Pérdida de función de una parte del
- Régimen de tratamiento

Dominio 11.

Medida de seguridad

Libre de peligros, lesiones físicas o daños al sistema inmunológico; preservación de pérdidas; y protección de la seguridad y la protección

Clase 1. Infección Respuestas del hospedador después de una invasión patógena		
Código	Diagnóstico	Página
00004	Riesgo de infección	466
00266	Riesgo de infección del sitio quirúrgico	467

Clase 2. Lesión física Daño o herida corporal		
Código	Diagnóstico	Página
00031	Despeje ineficaz de las vías respiratorias	468
00039	Riesgo de aspiración	469
00206	Riesgo de hemorragia	470
00048	Dentadura deteriorada	471
00219	Riesgo de ojo seco	472
00277	Autocuidado ineficaz del ojo seco	473
00261	Riesgo de sequedad de boca	475
00303	Riesgo de caídas en adultos	476
00306	Riesgo de caídas del niño	478
00035	Riesgo de lesiones	480
00245	Riesgo de lesión de la córnea	481
00320	Lesión del complejo areolar-pezones	482
00321	Riesgo de lesión del complejo areolar-pezones	484
00250	Riesgo de lesión del tracto urinario	485
00087	Riesgo de lesión de posición perioperatoria	486
00220	Riesgo de lesión térmica	487
00045	Integridad alterada de la mucosa oral	488

00247	Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral	490
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	491
00038	Riesgo de trauma físico	492
00213	Riesgo de traumatismo vascular	494
00312	Lesión por presión en adultos	495
00304	Riesgo de lesiones por presión en adultos	497
00313	Lesión por presión infantil	499
00286	Riesgo de lesiones por presión infantil	501
00287	Lesión por presión neonatal	503
00288	Riesgo de lesión por presión neonatal	505
00205	Riesgo de shock	507
00046	Integridad de la piel deteriorada	508
00047	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel	510
00156	Riesgo de muerte súbita del lactante	512
00036	Riesgo de asfixia	513
00100	Recuperación quirúrgica retrasada	514
00246	Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	516
00044	Integridad del tejido deteriorada	517
00248	Riesgo de deterioro de la integridad del tejido	519

Clase 3. Violencia

El ejercicio de fuerza o potencia excesiva para causar lesiones o abuso

Código	Diagnóstico	Página
00272	Riesgo de mutilación genital femenina	521
00138	Riesgo de violencia dirigida por otros	522
00140	Riesgo de violencia autodirigida	523
00151	Automutilación	524
00139	Riesgo de automutilación	526
00289	Riesgo de comportamiento suicida	528

Clase 4. Peligros ambientales

Fuentes de peligro en el entorno

Código	Diagnóstico	Página
00181	Contaminación	530
00180	Riesgo de contaminación	532
00265	Riesgo de lesiones laborales	534
00037	Riesgo de envenenamiento	535

Clase 5. Procesos defensivos

Los procesos mediante los cuales el yo se protege de la no uno mismo

Código	Diagnóstico	Página
00218	Riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados	536
00217	Riesgo de reacción alérgica	537
00042	Riesgo de reacción alérgica al látex	538

Clase 6. Termorregulación

El proceso fisiológico de regular el calor y la energía. dentro del cuerpo con el propósito de proteger el organismo

Código	Diagnóstico	Página
00007	Hipertermia	539
00006	Hipotermia	540
00253	Riesgo de hipotermia	541
00280	Hipotermia neonatal	542
00282	Riesgo de hipotermia neonatal	544
00254	Riesgo de hipotermia perioperatoria	545
00008	Termorregulación ineficaz	546
00274	Riesgo de termorregulación ineficaz	547

Dominio 11 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00004

Riesgo de infección

Foco del diagnóstico: infección

Aprobado en 1986 • Revisado en 2010, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo
- Dificultad para gestionar el cuidado de las heridas
- Motilidad gastrointestinal disfuncional
- Alimentación con fórmula exclusiva
- Integridad de la piel deteriorada
- Acceso inadecuado a equipos de protección individual.
- Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública
- Higiene ambiental inadecuada
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Higiene inadecuada
- Conocimiento inadecuado para evitar la exposición a patógenos.
- Hábitos inadecuados de higiene bucal
- Vacunación inadecuada
- desnutrición
- Lactancia materna mixta
- Obesidad
- fumar
- Estasis de fluidos corporales

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas expuestas a brotes de enfermedades
- Personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales.
- Personas con bajo nivel educativo
- Bebés que no son amamantados

Condiciones asociadas

- pH alterado de la secreción
- anemia
- Enfermedad crónica
- Acción ciliar disminuida
- inmunosupresión
- Procedimiento invasivo
- Leucopenia
- Rotura prematura de la membrana amniótica
- Rotura prolongada de la membrana amniótica
- Respuesta inflamatoria suprimida

Dominio 11 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00266

Riesgo de infección del sitio quirúrgico

Enfoque del diagnóstico: infección del sitio quirúrgico

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- alcoholismo
- Obesidad
- fumar

Población en riesgo

- Personas expuestas a una temperatura ambiente de funcionamiento fría
- Personas expuestas a un número excesivo de personal durante el procedimiento quirúrgico
- Personas expuestas a un aumento de patógenos ambientales.
- Individuos con puntuación ≥ 2 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

Condiciones asociadas

- Diabetes mellitus
- Procedimientos quirúrgicos extensos
- Anestesia general
- Hipertensión
- Inmunosupresión
- Profilaxis antibiótica inadecuada
- Profilaxis antibiótica ineficaz
- Infecciones en otros sitios quirúrgicos
- Procedimiento invasivo
- Artrosis postraumática
- Duración prolongada de la cirugía.
- prótesis
- Artritis reumatoide
- Comorbilidad significativa
- Implante quirúrgico
- Contaminación de heridas quirúrgicas

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00031

Despeje ineficaz de las vías respiratorias

Enfoque del diagnóstico: aclaramiento de las vías respiratorias
 Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Capacidad reducida para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener despejadas las vías respiratorias.

Definir características

- Ausencia de tos
- Sonidos respiratorios adventicios
- Ritmo respiratorio alterado
- Percusión torácica alterada
- Frémito toraco-vocal alterado
- Bradipnea
- Cianosis
- Dificultad para verbalizar Sonidos respiratorios disminuidos
- Exceso de esputo
- Hipoxemia
- Tos ineficaz
- Eliminación ineficaz de esputo
- Aleteo nasal
- Ortopnea
- Agitación psicomotora
- Retracción subcostal
- Tachypnea
- Utiliza músculos accesorios para respirar.

Factores relacionados

- Deshidratación
- Moco excesivo
- Exposición a sustancias nocivas
- Miedo al dolor
- Cuerpo extraño en las vías respiratorias
- desatento al humo de segunda mano
- Tapón de moco
- Secreciones retenidas
- De fumar

Población en riesgo

- Niños
- Infantes

Condiciones asociadas

- Espasmo de las vías respiratorias
- Vía aérea alérgica
- Asma
- Pulmonar obstructiva crónica enfermedad
- Cardiopatía congénita
- Enfermedad crítica
- Exudado en los alvéolos
- Anestesia general
- Hiperplasia de las paredes bronquiales.
- Enfermedades neuromusculares
- Infección del tracto respiratorio

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00039

Riesgo de aspiración

Foco del diagnóstico: aspiración

Aprobado en 1988 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a la entrada de secreciones gastrointestinales, secreciones orofaríngeas, sólidos o fluidos a las vías traqueobronquiales, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Barrera para elevar la parte superior del cuerpo
 - Disminución de la motilidad gastrointestinal.
 - Dificultad para tragar
 - Tubo de nutrición enteral desplazamiento
- Conocimiento inadecuado de modificaciones
 - factores capaces
 - Mayor residuo gástrico
 - Despeje ineficaz de las vías respiratorias

Población en riesgo

- Adultos mayores
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Pulmonar obstructiva crónica enfermedad
- Enfermedad crítica
- Disminución del nivel de conciencia.
- Vaciado gástrico retardado
- Reflejo nauseoso deprimido
- Nutrición enteral
- Cirugía facial
- Trauma facial
- Neoplasias de cabeza y cuello.
- Esófago inferior incompetente esfínter
- Aumento de la presión intragástrica
- Técnicas de fijación de la mandíbula
- Dispositivos médicos
- Cirugía de cuello
- Trauma de cuello
- Enfermedades neurológicas
- Procedimientos quirúrgicos orales
- Trauma oral
- Preparaciones farmacéuticas
- Neumonía
- Carrera
- Régimen de tratamiento

protección

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00206

Riesgo de hemorragia

Foco del diagnóstico: sangrado

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimiento inadecuado de las precauciones hemorrágicas.

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de caídas

Condiciones asociadas

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| - Aneurisma | - Coagulopatía inherente |
| - Circuncisión | - Complicación posparto |
| | Complicación del |
| - Intravascular diseminado | embarazo |
| coagulopatía | - Trauma |
| - Condición gastrointestinal | - Régimen de tratamiento |
| - Función hepática alterada | |

Factores de riesgo adicionales por desarrollar.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00048

Dentadura deteriorada

Enfoque del diagnóstico: dentición

Aprobado 1998 • Revisado 2017

Definición

Interrupción en el patrón de desarrollo / erupción de los dientes o en la integridad estructural de los dientes individuales.

Definir características

- Dientes raspados
- Ausencia de dientes
- Caries dental
- Decoloración del esmalte
- Esmalte erosionado
- Cálculo oral excesivo
- Placa oral excesiva
- Asimetría facial
- Halitosis
- Erupción dentaria incompleta para la edad
- Diente flojo
- Maloclusión
- Pérdida prematura de dientes temporales
- Caries de raíz
- Fractura de diente
- Desalineación de los dientes
- Dolor de muelas

Factores relacionados

- Dificultad para acceder a la atención dental.
- Dificultad para realizar el autocuidado bucal
- Ingesta excesiva de flúor
- Uso excesivo de agentes abrasivos de higiene bucal.
- Uso indebido habitual de la sustancia colorante
- Hábitos dietéticos inadecuados
- Conocimiento inadecuado de la salud dental.
- Hábitos inadecuados de higiene bucal
- desnutrición

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas con predisposición genética a trastornos dentales.

Condiciones asociadas

- Bruxismo
- vómitos crónicos
- Sensibilidad a la temperatura oral
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00219

Riesgo de ojo seco

Enfoque del diagnóstico: ojo seco

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a una película lagrimal inadecuada, que puede causar molestias en los ojos y / o dañar la superficie ocular, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Aire acondicionado
- La contaminación del aire
- Consumo de cafeína
- Disminución de la frecuencia de parpadeo.
- Viento excesivo
- Conocimiento inadecuado de modificaciones factores capaces
- Uso inadecuado del contacto lentes
- Uso inapropiado de ventiladores
- Uso inadecuado de secador de pelo
- desatento al humo de segunda mano
- Ingesta insuficiente de líquidos
- Baja humedad del aire
- Deficiencia de ácidos grasos omega-3
- De fumar
- Exposición a la luz solar
- Uso de productos con benzalko-conservantes de cloruro de nium
- Deficiencia de vitamina A

Población en riesgo

- Usuario de lentes de contacto
- Personas que experimentan una estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos
- Personas con antecedentes de alergia.
- Adultos mayores
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Respiración artificial
- Enfermedades autoinmunes
- quimioterapia
- Disminución del parpadeo
- Disminución del nivel de conciencia.
- Cambio hormonal
- Cierre de párpados incompleto
- Leucocitosis
- Enfermedades metabólicas
- Lesión neurológica con pérdida de reflejos sensoriales o motores
- Bloqueo neuromuscular
- Terapia de oxígeno
- Preparaciones farmacéuticas
- Proptosis
- Radioterapia
- Volumen de lágrimas reducido
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00277

Autocuidado ineficaz del ojo seco

Enfoque del diagnóstico: autocuidado del ojo seco Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Manejo insatisfactorio de los síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una película lagrimal inadecuada.

Definir características

Signos de ojo seco

- Quemosis
- Hiperemia conjuntival
- Epífora
- Queratitis filamentaria
- Tinción queratoconjuntival con fluoresceína
- Baja producción de lágrimas acuosas según la prueba Schirmer I
- Placas mucosas

Síntomas del ojo seco

- Expresa insatisfacción con la calidad de vida.
- Reporta visión borrosa
- Informa fatiga ocular
- Informa sensación de ardor en los ojos
- Informa sensación de sequedad ocular
- Informa sensación de cuerpo extraño ocular
- Informa sensación de picazón ocular
- Informa sensación de arena en el ojo

Comportamientos

- Dificultad para realizar el cuidado de los párpados
- Dificultad para reducir el consumo de cafeína
- Mantenimiento inadecuado de la humedad del aire
- Uso inadecuado del dispositivo de cierre de párpados
- Uso inadecuado de la medicación prescrita
- Uso inadecuado de lentes de contacto
- Uso inapropiado de ventiladores
- Uso inadecuado de secador de pelo
- Uso inadecuado de gafas con cámara de humedad
- Falta de atención a los signos del ojo seco.
- Desatento a los síntomas del ojo seco
- desatento al humo de segunda mano
- Ingesta dietética insuficiente de ácidos grasos omega-3
- Ingesta dietética insuficiente de vitamina A
- Ingesta insuficiente de líquidos
- No adherencia a los ejercicios de parpadeo recomendados
- Incumplimiento de las pausas para los ojos recomendadas

variantes de cloruro de benzalconium

protección

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
- Demandas competitivas
- Preferencias de estilo de vida que compiten
- Conflicto entre comportamientos de salud y normas sociales.
- Disminución de la calidad de vida percibida
- Dificultad para acceder a los recursos comunitarios
- Dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo
- Dificultad para navegar por sistemas de salud complejos
- Dificultad en la toma de decisiones
- Compromiso inadecuado con un plan de acción
- Alfabetización sanitaria inadecuada
- Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.
- Número inadecuado de señales para la acción
- Modelos a seguir inadecuados
- Apoyo social inadecuado
- Capacidad limitada para realizar aspectos del régimen de tratamiento.
- Baja autoeficacia
- Sentimientos negativos hacia el régimen de tratamiento
- No aceptación de la condición
- Barrera percibida al régimen de tratamiento
- Estigma social percibido asociado con la enfermedad.
- Percepción poco realista de la gravedad de la afección.
- Percepción poco realista de susceptibilidad a secuelas
- Percepción poco realista del beneficio del tratamiento

Población en riesgo

- Niños
- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas que experimentan una hospitalización prolongada
- Personas con antecedentes de autogestión ineficaz de la salud
- Personas con experiencia limitada en la toma de decisiones
- Personas con bajo nivel educativo
- Adultos mayores
- Mujeres que experimentan la menopausia.

Condiciones asociadas

- alergias
- Enfermedades autoinmunes
- quimioterapia
- Discapacidades del desarrollo
- Enfermedad de injerto contra huésped
- Cierre de párpados incompleto
- Leucocitosis
- Enfermedades metabólicas
- Lesión neurológica con pérdida de reflejos motores
- Lesión neurológica con pérdida de reflejos sensoriales
- Terapia de oxígeno
- Preparaciones farmacéuticas
- Proptosis
- Radioterapia
- Volumen de lágrimas reducido
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00261

Riesgo de sequedad de boca

Enfoque del diagnóstico: sequedad de boca

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a molestias o daños en la mucosa oral debido a la reducción de la cantidad o calidad de la saliva para humedecer la mucosa, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Deshidratación
- Síntomas depresivos
- Estrés excesivo
- Emoción
- De fumar

Población en riesgo

- Mujeres embarazadas

Condiciones asociadas

- quimioterapia
- depresión
- Restricción de líquidos
- Incapacidad para alimentarse por vía oral
- Terapia de oxígeno
- Preparaciones farmacéuticas
- Radioterapia en cabeza y cuello.
- Enfermedades sistémicas

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00303

Riesgo de caídas en adultos

Foco del diagnóstico: caídas

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores fisiológicos

- Dolor musculoesquelético crónico
- Disminución de la fuerza de las extremidades inferiores
- deshidratación
- Diarrea
- Desmayo al extender el cuello.
- Desmayo al girar el cuello
- hipoglucemia
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- incontinencia
- Obesidad
- Trastornos del sueño
- Deficiencia de vitamina D

Factores psiconeurológicos

- Confusión agitada
- Ansiedad
- Disfunción cognitiva
- Síntomas depresivos
- Miedo a caer
- Vagabundeo persistente
- Mal uso de sustancia

Factores ambientales no modificados

- Entorno desordenado
- Superficie de la cama elevada
- Exposición a condiciones inseguras relacionadas con el clima
- Material antideslizante inadecuado en el baño.
- Material antideslizante inadecuado en suelos
- Iluminación inadecuada
- Altura inadecuada del asiento del inodoro
- Desatento a las mascotas
- Falta de barandillas de seguridad
- Objetos fuera de alcance
- Asientos sin brazos
- Asientos sin respaldo
- Suelo irregular
- Entorno desconocido
- Uso de tapetes

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada
- Levantarse por la noche sin ayuda
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Ropa inapropiada para caminar
- Calzado inadecuado

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos ≥ 60 años
- Individuos dependientes para actividades de la vida diaria.
- Individuos dependientes para actividades instrumentales de la vida diaria.
- Personas que experimentan una hospitalización prolongada
- Personas en entornos de atención a personas mayores
- Individuos en entornos de cuidados paliativos
- Individuos en entornos de rehabilitación
- Individuos en el postoperatorio temprano
- Personas que viven solas
- Personas que reciben atención domiciliaria
- Personas con antecedentes de caídas
- Personas con bajo nivel educativo
- Individuos con restricciones

Condiciones asociadas

- Anemia
- Dispositivos de asistencia para caminar.
- Depresión
- Enfermedades del sistema endocrino
- Prótesis de miembros inferiores
- Lesión mayor
- Desórdenes mentales
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Trastornos neurocognitivos
- Hipotensión ortostática
- Preparaciones farmacéuticas
- Trastornos de la sensibilidad
- Enfermedades vasculares

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00306

Riesgo de caídas del niño

Foco del diagnóstico: caídas

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Niño susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores del cuidador

- Cambia pañales en superficies elevadas
- Agotamiento
- No bloquea las ruedas del equipo infantil
- Conocimiento inadecuado de los cambios en las etapas de desarrollo.
- Supervisión inadecuada del niño
- Desatento a la seguridad ambiental
- Desatento a los dispositivos de seguridad durante las actividades deportivas
- Coloca al niño en el asiento de la hamaca en superficies elevadas
- Coloca al niño en andadores para bebés
- Coloca al niño en el asiento móvil sobre superficies elevadas
- Coloca al niño en asientos sin cinturón de seguridad
- Coloca al niño en la cesta del carrito de compras
- Coloca al niño en un equipo de juego inadecuado para el grupo de edad
- Síntomas depresivos posparto
- Duerme con el niño en brazos sin medidas de protección.
- Duerme con el niño en el regazo sin medidas de protección.

Factores fisiológicos

- Disfunción cognitiva
- Disminución de la fuerza de las extremidades inferiores
- deshidratación
- hipoglucemia
- hipotensión
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- incontinencia
- desnutrición
- Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad
- Trastornos del sueño

Factores ambientales no modificados

- Ausencia de puerta de escalera
- Ausencia de pasamanos de escalera
- Ausencia de protector de ventana
- Entorno desordenado

- Ausencia de bloqueos de ruedas
en el niño
equipo

- La colocación de muebles
facilita
acceso a balcones

- La colocación de los muebles facilita el acceso a las ventanas
- Sillas altas colocadas cerca de mesas o mostradores.
- Material antideslizante inadecuado en suelos
- Sujeciones de automóvil inadecuadas
- Iluminación inadecuada
- Mantenimiento inadecuado del equipo de juego
- Sujeciones inadecuadas en superficies elevadas

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada
- Ropa inapropiada para caminar

- Desatento a las mascotas
- Objetos fuera de alcance
- Asientos sin brazos
- Asientos sin respaldo
- Suelo irregular
- Entorno desconocido
- Uso de muebles sin dispositivos antivuelco.
- Uso de muebles no apropiados para la edad
- Uso de tapetes

- Calzado inadecuado

- Niños
- Niños <12 años
- Niños nacidos en un contexto económico
- Niños que experimentan un período pre
- Niños expuestos a un nivel de superpoblación
- Niños en la familia

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00035

Riesgo de lesiones

Enfoque del diagnóstico: lesión.

Aprobado en 1978 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible al daño físico debido a las condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativos y defensivos del individuo, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- Exposición a productos químicos tóxicos
- Nivel de inmunización dentro de la comunidad
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- desnutrición
- Manifestaciones neuroconductuales
- Agente nosocomial
- Exposición a patógenos
- Barrera física
- Fuente nutricional contaminada
- Modo de transporte inseguro

Condiciones asociadas

- Perfil sanguíneo anormal
- Rendimiento psicomotor alterado
- Enfermedades autoinmunes
- Disfunción bioquímica
- Disfunción del efecto
- hipoxia
- Enfermedades del sistema inmunológico
- Defensa primaria deteriorada mecanismos
- Trastornos de la sensibilidad
- Disfunción de integración sensorial

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00245

Riesgo de lesión de la córnea

Enfoque del diagnóstico: lesión.

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a infección o lesión inflamatoria en el tejido corneal que puede afectar capas superficiales o profundas, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Exposición del globo ocular
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.

Población en riesgo

- Personas que experimentan una hospitalización prolongada

Condiciones asociadas

- Respiración artificial
- Edema periorbitario
- Parpadeo <5 veces por minuto
- Preparaciones farmacéuticas
- Puntuación de la escala de coma de Glasgow <6
- Traqueotomía
- Terapia de oxígeno

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00320

Lesión del complejo areolar-pezón

Enfoque del diagnóstico: lesión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Daño localizado al complejo areolar-pezón como resultado del proceso de lactancia.

Definir características

- Piel raspada
- Color de piel alterado
- Espesor alterado del complejo areolar-pezón
- Piel con ampollas
- Parches cutáneos descoloridos
- Superficie de la piel alterada
- Equimosis
- Piel erosionada
- eritema
- Expresa dolor
- hematoma
- Piel macerada
- Piel con costras
- Fisura cutánea
- Ulceración cutánea
- Vesículas cutáneas
- Hinchazón
- Exposición de tejidos debajo de la epidermis

Factores relacionados

- Congestión mamaria
- Aureola endurecida
- Uso inadecuado de la bomba de leche.
- Enganche inadecuado
- Soporte inadecuado de la mano materna de la mama
- Posición inadecuada del bebé durante la lactancia
- Posición inadecuada de la madre durante la lactancia
- Reflejo de succión ineficaz del lactante
- Succión ineficaz no nutritiva
- Mastitis
- Ansiedad materna por la lactancia
- Impaciencia materna con el proceso de lactancia
- La madre no espera a que el bebé suelte espontáneamente el pezón.
- La madre retira al bebé del pecho sin interrumpir la succión.
- Confusión del pezón debido al uso de un pezón artificial
- Dolor posprocedimiento
- Exposición prolongada a la humedad.
- Alimentación complementaria
- Uso de productos que eliminan la protección natural del pezón

Población en riesgo

- Mujeres primíparas
- Madre única
- Mujeres <19 años

- Mujeres que amamantan por primera vez.
- Mujeres con complejo areolar-pezones despigmentado
- Mujeres con antecedentes de preparación inadecuada del pezón-areolar durante el cuidado prenatal
- Mujeres con antecedentes de traumatismo del pezón durante la lactancia
- Mujeres con pezones que no sobresalen
- Mujeres con complejo areolar-pezones rosado

Condiciones asociadas

- Anquilglosia
- Anormalidades maxilofaciales

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00321

Riesgo de lesión del complejo areolar-pezón

Enfoque del diagnóstico: lesión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a daños localizados en el complejo areolar-pezón como resultado del proceso de lactancia.

Factores de riesgo

- Congestión mamaria
- Aureola endurecida
- Uso inadecuado de la bomba de leche.
- Enganche inadecuado
- Preparación inadecuada del pezón-areolar durante el cuidado prenatal
- Soporte inadecuado de la mano materna de la mama
- Posición inadecuada del bebé durante la lactancia
- Posición inadecuada de la madre durante la lactancia
- Reflejo de succión ineficaz del lactante
- Succión ineficaz no nutritiva
- Mastitis
- Ansiedad materna por la lactancia
- Impaciencia materna con el proceso de lactancia
- La madre no espera a que el bebé suelte espontáneamente el pezón.
- La madre retira al bebé del pecho sin interrumpir la succión.
- Confusión del pezón debido al uso de un pezón artificial
- Dolor posprocedimiento
- Exposición prolongada a la humedad.
- Alimentación complementaria
- Uso de productos que eliminan la protección natural del pezón

Población en riesgo

- Mujeres primíparas
- Madre única
- Mujeres <19 años
- Mujeres que amamantan por primera vez.
- Mujeres con complejo areolar-pezón despigmentado
- Mujeres con antecedentes de traumatismo del pezón durante la lactancia
- Mujeres con pezones que no sobresalen
- Mujeres con complejo areolar-pezón rosado

Condiciones asociadas

- Anquilglosia
- Anomalías maxilofaciales

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00250

Riesgo de lesión del tracto urinario

Enfoque del diagnóstico: lesión.

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible al daño de las estructuras del tracto urinario por el uso de catéteres, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- Confusión
- Conocimiento inadecuado del cuidador con respecto al cuidado del catéter urinario
- Conocimientos inadecuados sobre cuidado del catéter urinario
- Manifestaciones neuroconductuales
- Obesidad

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas

Condiciones asociadas

- Variación anatómica de los órganos pélvicos.
- Condición que impide la capacidad de asegurar el catéter.
- Disinergia del esfínter detrusor
- Alergia al latex
- Uso prolongado de catéter urinario.
- Lesión medular
- Hiperplasia prostática
- Cateterismos repetitivos
- Globo de retención inflado a ≥ 30 ml
- Uso de catéter urinario de gran calibre

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00087

Riesgo de lesión de posición perioperatoria

Enfoque del diagnóstico: lesión de posicionamiento perioperatoria
 Aprobado en 1994 • Revisado en 2006, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a cambios anatómicos y físicos inadvertidos como resultado de la posición o el equipo de posicionamiento utilizado durante un procedimiento quirúrgico / invasivo, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disminución de la fuerza muscular.
- deshidratación
- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a las superficies de apoyo adecuadas.
- Disponibilidad inadecuada de equipos para personas con obesidad.
- desnutrición
- Obesidad
- Posicionamiento no anatómico prolongado de las extremidades
- Superficie de apoyo rígida

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas
- Individuos en posición lateral
- Individuos en posición de litotomía
- Individuos en decúbito prono
- Personas en Trendelenburg posición
- Individuos sometidos a cirugía procedimiento > 1 hora

Condiciones asociadas

- Diabetes mellitus
- Edema
- Adelgazamiento
- Anestesia general
- Inmovilización
- Neuropatía
- Alteración sensoriperceptual de la anestesia
- Enfermedades vasculares

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00220

Riesgo de lesión térmica

Enfoque del diagnóstico: lesión térmica

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a los daños por temperaturas extremas en la piel y las membranas mucosas, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- fatiga
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las precauciones de seguridad.
- Conocimiento inadecuado de las precauciones de seguridad.
- Ropa protectora inadecuada
- Supervisión inadecuada
- Falta de atención
- fumar
- Entorno inseguro

Población en riesgo

- Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas.

Condiciones asociadas

- Intoxicación alcohólica
- Intoxicación por drogas
- Enfermedades neuromusculares
- Neuropatía
- Régimen de tratamiento

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00045

Integridad alterada de la mucosa oral

Enfoque del diagnóstico: integridad de las membranas mucosas

Aprobado en 1982 • Revisado en 1998, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Lesión en los labios, tejidos blandos, cavidad bucal y / u orofaringe.

Definir características

- mal sabor de boca
- Sangrado
- Queilitis
- Lengua recubierta
- Disminución de la percepción del gusto.
- descamación
- Dificultad para comer
- Dificultad para tragar
- disfonía
- Amígdalas agrandadas
- Lengua geográfica
- Hiperplasia gingival
- Palidez gingival
- Bolsillos gingivales de más de 4 mm de profundidad
- Recesión gingival
- Halitosis
- hiperemia
- Macroplasia
- Denudación de mucosas
- Malestar oral
- Edema oral
- Fisura bucal
- Lesión oral
- Palidez de la mucosa oral
- Nódulo oral
- Dolor bucal
- Pápula oral
- Úlcera oral
- Vesículas orales
- Exposición a patógenos
- Presencia de masa
- Drenaje oral-nasal purulento
- Exudados buco-nasales purulentos
- Lengua atrófica lisa
- Parches esponjosos en la boca
- estomatitis
- Manchas blancas en la boca
- Placa blanca en boca
- Exudado oral blanco, parecido a la cuajada
- Xerostomía

Factores relacionados

- Consumo de alcohol
- Disfunción cognitiva
- Disminución de la salivación.
- deshidratación
- Síntomas depresivos
- Dificultad para realizar el autocuidado bucal
- Acceso inadecuado a la atención dental.
- Conocimientos inadecuados de higiene bucal.
- Hábitos inadecuados de higiene bucal
- Uso inadecuado de agente químico
- desnutrición
- Respiración por la boca
- fumar
- Estresores

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas

Condiciones asociadas

- Alergias
- Trastorno autosómico
- Trastorno de conducta
- Quimioterapia
- Disminución de los niveles de hormonas femeninas.
- Plaquetas disminuidas
- Depresión
- Enfermedades del sistema inmunológico
- Inmunosupresión
- Infecciones
- Pérdida de estructura de soporte bucal
- Factor mecánico
- Anomalías en la boca Nulo per os (NPO) > 24 horas
- Trauma oral
- Radioterapia
- Síndrome de Sjogren
- Procedimientos quirúrgicos
- Trauma
- Régimen de tratamiento

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00247

Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral

Enfoque del diagnóstico: integridad de las membranas mucosas Aprobado en 2013 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a lesiones en los labios, tejidos blandos, cavidad bucal y / u orofaringe, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Consumo de alcohol
- Disfunción cognitiva
- Disminución de la salivación.
- deshidratación
- Síntomas depresivos
- Dificultad para realizar el autocuidado bucal
- Acceso inadecuado a la atención dental.
- Conocimientos inadecuados de higiene bucal.
- Hábitos inadecuados de higiene bucal
- Uso inadecuado de agente químico
- desnutrición
- Respiración por la boca
- fumar
- Estrés

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas

Condiciones asociadas

- Alergias
- Trastorno autosómico
- Trastorno de conducta
- Quimioterapia
- Disminución de los niveles de hormonas femeninas.
- Plaquetas disminuidas
- Depresión
- Enfermedades del sistema inmunológico
- Inmunosupresión
- Infecciones
- Pérdida de estructura de soporte bucal
- Factor mecánico
- Anomalías en la boca Nulo per os (NPO)> 24 horas
- Trauma oral
- Radioterapia
- Síndrome de Sjogren
- Procedimientos quirúrgicos
- Trauma
- Régimen de tratamiento

So
po
rte
de
lite
rat
ur
a
ori
gin
al
dis
po
nib
le
en
w
w
w.t
hie
me
.co
m/
na
nd
a-i.

49
0

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00086

Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Foco del diagnóstico: función neurovascular
Aprobado en 1992 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible a alteraciones en la circulación, sensación y movimiento de una extremidad, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Para ser desarrollado

Condiciones asociadas

- Fracturas de hueso
- Quemaduras
- Inmovilización
- Compresión mecánica
- Cirugía Ortopédica
- Trauma
- Obstrucción vascular

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00038

Riesgo de trauma físico

Enfoque del diagnóstico: trauma físico

Aprobado en 1980 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible a lesiones físicas de aparición repentina y gravedad que requieren atención inmediata.

Factores de riesgo

Factores externos

- Ausencia de dispositivo de llamada de ayuda
- Ausencia de puerta de escalera
- Ausencia de protector de ventana
- Bañarse en agua muy caliente
- Cama en posición alta
- Niños que viajan en el asiento delantero del automóvil
- Aparato defectuoso
- Retraso en el encendido del aparato de gas
- Dispositivo de llamada de ayuda disfuncional
- Fácil acceso al arma
- Peligro de electricidad
- Exposición a producto corrosivo
- Exposición a maquinaria peligrosa
- Exposición a radioterapia
- Exposición a productos químicos tóxicos
- Objeto inflamable
- Fuga de gas
- Grasa en la estufa
- Carámbanos colgando del techo
- Material antideslizante inadecuado en suelos
- Iluminación inadecuada
- Protección inadecuada de la fuente de calor.
- Barandillas de escalera inadecuadas
- Combustible almacenado inadecuadamente
- Corrosivo almacenado inadecuadamente
- Mal uso de sombrerería
- Mal uso de la sujeción del asiento
- No uso de las sujeciones del asiento
- Pasaje obstruido
- Jugando con objeto peligroso
- Jugando con explosivo
- Mango de olla hacia el frente de la estufa
- Proximidad a la vía del vehículo
- Suelo resbaladizo
- Fumar en la cama
- Fumar cerca del oxígeno
- Cables eléctricos no anclados
- Operación insegura de equipo pesado
- Carretera insegura
- Pasarela insegura
- Uso de vajilla agrietada
- Uso de restricciones
- Uso de tapetes
- Uso de silla inestable
- Uso de escalera inestable
- Usar ropa suelta alrededor de una llama abierta.

Factores internos

- Disfunción congénita
- Alteración emocional excesiva
- Conocimientos inadecuados de seguridad.
- precauciones

- Equilibrio postural deteriorado
- Manifestaciones neuroconductuales

- Visión inadecuada no tratada

- Debilidad

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Personas expuestas a vecindarios de alta criminalidad

- Personas con antecedentes de trauma físico.

Condiciones asociadas

- Disminución de la coordinación ojo-mano.
- Disminución de la coordinación muscular.

- trastornos de la sensibilidad

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00213

Riesgo de traumatismo vascular

Foco del diagnóstico: trauma

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a daños en la vena y sus tejidos circundantes relacionados con la presencia de un catéter y / o soluciones infundidas, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Sitio de inserción disponible inadecuado
- Período prolongado de tiempo que el catéter está colocado

Condiciones asociadas

- Solución irritante
- Velocidad de infusión rápida

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00312

Lesión por presión en adultos

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Daño localizado en la piel y / o el tejido subyacente de un adulto, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).

Definir características

- Ampolla llena de sangre
- eritema
- Pérdida de tejido de espesor total
- Pérdida de tejido de espesor total con hueso expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con músculo expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con tendón expuesto
- Calor localizado en relación con el tejido circundante
- Dolor en los puntos de presión.
- Pérdida parcial de espesor de la dermis.
- Área localizada de color púrpura de piel intacta decolorada
- La úlcera está cubierta por una escara.
- La úlcera está cubierta por un esfacelo.

Factores relacionados

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
 - Disponibilidad inadecuada de equipos para personas con obesidad.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- deshidratación
- Piel seca
- hipertermia
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia

- Cumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de prevención de lesiones por presión.

- Desnutrición proteico-energética
- fumar
- Mal uso de sustancia

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada

Población en riesgo

- Personas en entornos de atención a personas mayores
- Individuos en unidades de cuidados intensivos
- Individuos en entornos de cuidados paliativos
- Individuos en entornos de rehabilitación
- Personas en tránsito hacia o entre entornos de atención clínica
- Personas que reciben atención domiciliaria
- Individuos con puntuación ≥ 3 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

- Personas con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Personas con índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo
- Personas con antecedentes de lesiones por presión.
- Personas con discapacidad física
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades del sistema nervioso central
- Condiciones neurológicas crónicas
- Enfermedad crítica
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- diabetes mellitus
- edema
- Proteína C reactiva elevada
- Inestabilidad hemodinámica

- Fractura de cadera
- Inmovilización
- Circulación deteriorada
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacéuticas
- Trauma físico
- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- trastornos de la sensibilidad
- Lesiones de la médula espinal

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00304

Riesgo de lesiones por presión en adultos

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Adultos susceptibles a daños localizados en la piel y / o el tejido subyacente, como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento, lo que puede comprometer la salud (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).

Factores de riesgo

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
 - Disponibilidad inadecuada de equipos para personas con obesidad.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- deshidratación
- Piel seca
- hipertermia
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Cumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Desnutrición proteico-energética
- fumar
- Mal uso de sustancia
 - Individuos en unidades de cuidados intensivos

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada

Población en riesgo

- Personas en entornos de atención a personas mayores

- Individuos en entornos de cuidados paliativos

- Individuos en entornos de rehabilitación
- Personas en tránsito hacia o entre entornos de atención clínica
- Personas que reciben atención domiciliaria
- Individuos con puntuación ≥ 3 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Personas con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Personas con índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo
- Personas con antecedentes de lesiones por presión.
- Personas con discapacidad física
- Adultos mayores

Condiciones asociadas

- Anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades del sistema nervioso central
 - Condiciones neurológicas
 - crónicas
 - Enfermedad crítica
 - Disminución del nivel de albúmina sérica.
 - Disminución de la oxigenación de los tejidos.
 - Disminución de la perfusión tisular.
- Diabetes mellitus
- Edema
- Proteína C reactiva elevada
- Inestabilidad hemodinámica
- Fractura de cadera
- Inmovilización
- Circulación deteriorada
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Neuropatía periférica
 - Preparaciones farmacéuticas
- Trauma físico
- Duración prolongada de la cirugía.
 - procedimiento
- Trastornos de la sensibilidad
 - Lesiones de la médula espinal

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00313

Lesión por presión infantil

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Daño localizado en la piel y / o el tejido subyacente de un niño o adolescente, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento (European Pres-sure Ulcer Advisory Panel, 2019).

Definir características

- Ampolla llena de sangre
- eritema
- Pérdida de tejido de espesor total
- Pérdida de tejido de espesor total con hueso expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con músculo expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con tendón expuesto
- Calor localizado en relación con el tejido circundante
- Dolor en los puntos de presión.
- Pérdida parcial de espesor de la dermis.
- Área localizada de color púrpura de piel intacta decolorada
- La úlcera está cubierta por una escara.
- La úlcera está cubierta por un esfacelo.

Factores relacionados

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Dificultad para que el cuidador levante al paciente completamente de la cama
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
- Acceso inadecuado a suministros adecuados
- Acceso inadecuado a equipos para niños con obesidad
- Conocimiento inadecuado por parte del cuidador de los métodos apropiados para quitar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre los métodos apropiados para estabilizar los dispositivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador de los factores modificables.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- deshidratación
- Dificultad para ayudar al cuidador a moverse.
- Dificultad para mantener la posición en la cama
- Dificultad para mantener la posición en la silla
- Piel seca
- hipertermia
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Cumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
- Conocimiento inadecuado de los métodos adecuados para eliminar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado de la apropiados métodos para estabilizar dispositivos
- Desnutrición proteico-energética
- Desequilibrio agua-electrolito

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada

Población en riesgo

- Niños en unidades de cuidados intensivos
- Niños en centros de cuidados a largo plazo
- Niños en entornos de cuidados paliativos
- Niños en entornos de rehabilitación
- Niños en tránsito hacia o entre entornos de atención clínica
- Niños que reciben atención domiciliaria
- Niños con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo
- Niños con índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo
- Niños con problemas de desarrollo
- Niños con problemas de crecimiento
- Niños con gran circunferencia de la cabeza
- Niños con una gran superficie cutánea

Condiciones asociadas

- pH alcalino de la piel
- Estructura cutánea alterada
- anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- diabetes mellitus
- edema
- Proteína C reactiva elevada
- Procedimientos invasivos frecuentes

bilidad hemodinámica

- Inmovilización
- Circulación deteriorada
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Preparaciones farmacéuticas
- Trauma físico

- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- trastornos de la sensibilidad
- Lesiones de la médula espinal

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00286

Riesgo de lesiones por presión infantil

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Niños o adolescentes susceptibles a daños localizados en la piel y / o el tejido subyacente, como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento, lo que puede comprometer la salud (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).

Factores de riesgo

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Dificultad para que el cuidador levante al paciente completamente de la cama
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
- Acceso inadecuado a suministros adecuados
- Acceso inadecuado a equipos para niños con obesidad
- Conocimiento inadecuado por parte del cuidador de los métodos apropiados para quitar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre los métodos apropiados para estabilizar los dispositivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador de los factores modificables.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- deshidratación
- Dificultad para ayudar al cuidador a moverse.
- Dificultad para mantener la posición en la cama
- Dificultad para mantener la posición en la silla
- Piel seca
- hipertermia

- to inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Cumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
- Conocimiento inadecuado de los métodos adecuados para eliminar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado de la apro-
métodos priados para estabilizar dispositivos
- Desnutrición proteico-energética
- Desequilibrio agua-electrolito

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada

Población en riesgo

- Niños en unidades de cuidados intensivos
- Niños en centros de cuidados a largo plazo
- Niños en entornos de cuidados paliativos
- Niños en entornos de rehabilitación
- Niños en tránsito hacia o entre entornos de atención clínica
- Niños que reciben atención domiciliaria
- Niños con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo
- Niños con índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo
- Niños con problemas de desarrollo
- Niños con problemas de crecimiento
- Niños con gran circunferencia de la cabeza
- Niños con una gran superficie cutánea

Condiciones asociadas

- pH alcalino de la piel
- Estructura cutánea alterada
- anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- diabetes mellitus
- edema
- Proteína C reactiva elevada
- Procedimientos invasivos frecuentes
- Inestabilidad hemodinámica
- Inmovilización
- Circulación deteriorada
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Preparaciones farmacéuticas
- Trauma físico
- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- trastornos de la sensibilidad
- Lesiones de la médula espinal

Se recomienda el uso de una herramienta de detección de riesgo de lesiones por presión estandarizada, válida y confiable.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00287

Lesión por presión neonatal

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Daño localizado en la piel y / o el tejido subyacente de un recién nacido, como resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).

Definir características

- Ampolla llena de sangre
- eritema
- Pérdida de tejido de espesor total
- Pérdida de tejido de espesor total con hueso expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con músculo expuesto
- Pérdida de tejido de espesor total con tendón expuesto
- Calor localizado en relación con el tejido circundante
- Área granate localizada de piel intacta decolorada
- Pérdida parcial de espesor de la dermis.
- Área localizada de color púrpura de piel intacta decolorada
- Ulceración cutánea
- La úlcera está cubierta por una escara.
- La úlcera está cubierta por un esfacelo.

Factores relacionados

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
- Acceso inadecuado a suministros adecuados
- Conocimiento inadecuado por parte del cuidador de los métodos apropiados para quitar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre los métodos apropiados para estabilizar los dispositivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador de los factores modificables.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la movilidad física.
- Deshidratación
- Piel seca
- Hipertermia
- Desequilibrio agua-electrolito

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada

Población en riesgo

- Recién nacidos de bajo peso al nacer
- Recién nacidos <32 semanas de gestación
- Recién nacidos que experimentan una estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos
- Recién nacidos en unidades de cuidados intensivos

Condiciones asociadas

- anemia
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- edema
- Integridad de la piel inmadura
- Textura de piel inmadura
- Estrato córneo inmaduro
- Inmovilización
- Dispositivos médicos
- Deficiencias nutricionales relacionadas con la prematuridad
- Preparaciones farmacéuticas
- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- Comorbilidad significativa

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00288

Riesgo de lesión por presión neonatal

Enfoque del diagnóstico: lesión por presión.

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.4

Definición

Recién nacido susceptible a daños localizados en la piel y / o el tejido subyacente, como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento, lo que puede comprometer la salud (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, 2019).

Factores de riesgo

Factores externos

- Microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo.
- Humedad excesiva
- Acceso inadecuado al equipo apropiado
- Acceso inadecuado a los servicios de salud adecuados.
- Acceso inadecuado a suministros adecuados
- Conocimiento inadecuado por parte del cuidador de los métodos apropiados para quitar los materiales adhesivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre los métodos apropiados para estabilizar los dispositivos.
- Conocimiento inadecuado del cuidador de los factores modificables.
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre las estrategias de prevención de lesiones por presión.
- Mayor magnitud de carga mecánica
- Presión sobre prominencia ósea
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Carga mecánica sostenida
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Disminución de la movilidad física.
- Deshidratación
- Piel seca
- Hipertermia
- Desequilibrio agua-electrolito

Otros factores

- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada
- Recién nacidos <32 semanas de gestación

Población en riesgo

- Recién nacidos de bajo peso al nacer

- Recién nacidos que experimentan una estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos
- Recién nacidos en unidades de cuidados intensivos

Condiciones asociadas

- anemia
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- edema
- Integridad de la piel inmadura
- Textura de piel inmadura
- Estrato córneo inmaduro
- Inmovilización
- Dispositivos médicos
- Deficiencias nutricionales relacionadas con la prematuridad
- Preparaciones farmacéuticas
- Duración prolongada del procedimiento quirúrgico
- Comorbilidad significativa

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00205

Riesgo de shock

Foco del diagnóstico: shock

Aprobado en 2008 • Revisado en 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a un flujo sanguíneo inadecuado a los tejidos que puede conducir a una disfunción celular, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Sangrado
- Volumen de líquido deficiente
- Factores identificados por una herramienta de detección estandarizada y validada
- hipertermia
- hipotermia
- hipoxemia
- hipoxia
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de manejo de hemorragias.
- Conocimiento inadecuado de las estrategias de manejo de infecciones.
- Conocimiento inadecuado de los factores modificables.
- Autogestión ineficaz de la medicación
- Pérdidas de líquido no hemorrágicas
- fumar
- Presión arterial inestable

Población en riesgo

- Las personas admitidas en emergencias - Individuos con historia de miocardio de cuidados gency infarto de marcación
- Individuos en edades extremas

Condiciones asociadas

- Respiración artificial
- quemaduras
- quimioterapia
- diabetes mellitus
- Embolia
- Enfermedades cardíacas
- hipersensibilidad
- inmunosupresión
- Infecciones
- Niveles de lactato ≥ 2 mmol / L
- Enfermedades del HIGADO
- Dispositivos médicos
- Neoplasias
- Enfermedades del sistema nervioso
- pancreatitis
- Radioterapia
- Sepsis
- Puntuación de la evaluación secuencial de la insuficiencia orgánica (SOFA) ≥ 3
- Puntuación de fisiología aguda simplificada (SAPS) III > 70
- Lesiones de la médula espinal
- Procedimientos quirúrgicos
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)
- Trauma

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00046

Integridad de la piel deteriorada

Enfoque del diagnóstico: integridad de la piel.

Aprobado en 1975 • Revisado en 1998, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Epidermis y / o dermis alterada.

Definir características

- Absceso
- Dolor agudo
- Color de piel alterado
- Turgencia alterada
- Sangrado
- Ampolla
- Descamación
- Superficie de la piel alterada
- Piel seca
- Excoriación
- Piel perforante de materias extrañas
- Hematoma
- Área localizada caliente al tacto
- Piel macerada
- Peladura
- Prurito

Factores relacionados

Factores externos

- Humedad excesiva
- Excreciones
- Humedad
- hipertermia
- hipotermia
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
 - Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la protección de la integridad de los tejidos.

- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia

Factores internos

- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.
- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- edema

de agente químico

- Presión sobre prominencia ósea
- Agitación psicomotora
- secreciones
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

- Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
- Conocimiento inadecuado sobre la protección de la integridad de los tejidos.
- desnutrición
- Factor psicógeno
- Auto mutilación
- fumar
- Mal uso de sustancia
- Desequilibrio agua-electrolito

-
U
so
in
a
d
ec
u
a
d
o

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas
- Individuos en unidades de cuidados intensivos
- Personas en centros de atención a largo plazo
- Individuos en entornos de cuidados paliativos
- Personas que reciben atención domiciliaria

Condiciones asociadas

- Pigmentación alterada
- Anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Disminución del nivel de conciencia. Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular.
- Diabetes mellitus
- Cambio hormonal
- Inmovilización
- Inmunodeficiencia
- Metabolismo alterado
- Infecciones
- Dispositivos médicos
- Neoplasias
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacéuticas
- Pinchazos
- Trastornos de la sensibilidad

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00047

Riesgo de deterioro de la integridad de la piel

Enfoque del diagnóstico: integridad de la piel.

Aprobado en 1975 • Revisado en 1998, 2010, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a alteraciones en epidermis y / o dermis, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores externos

- Humedad excesiva
- Excreciones
- Humedad
- hipertermia
- hipotermia
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
 - Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la protección de la integridad de los tejidos.
- Uso inadecuado de agente químico
- Presión sobre prominencia ósea
- Agitación psicomotora
- secreciones
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.
- Disminución de la actividad física.
- Disminución de la movilidad física.
- edema
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad de la piel.
- Conocimiento inadecuado sobre la protección de la integridad de la piel.
- desnutrición
- Factor psicógeno
- Auto mutilación
- fumar
- Mal uso de sustancia
- Desequilibrio agua-electrolito

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas
- Individuos en unidades de cuidados intensivos
- Individuos en cuidados a largo plazo
- Individuos en cuidados paliativos
- ajustes
- Individuos que reciben servicios basados en el hogar

Condiciones asociadas

- Pigmentación alterada
- Anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Disminución del nivel de conciencia.
Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular.
- Diabetes mellitus
- Cambio hormonal
- Inmovilización
- Inmunodeficiencia
- Metabolismo alterado
- Infecciones
- Dispositivos médicos
- Neoplasias
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacéuticas
- Pinchazos
- Trastornos de la sensibilidad

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00156

Riesgo de muerte súbita del lactante

Foco del diagnóstico: muerte súbita

Aprobado en 2002 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Lactante susceptible a una muerte imprevista.

Factores de riesgo

- Atención prenatal retrasada
- Atención prenatal inadecuada
- desatento al humo de segunda mano
- Bebé menor de 4 meses colocado en dispositivos para sentarse para el sueño de rutina
- Sobrecalentamiento infantil
- Recubrimiento infantil
- Bebé colocado en decúbito prono para dormir
- Bebé colocado en posición de decúbito lateral para dormir
- Superficie suave para dormir
- Objetos blandos y sueltos colocados cerca del bebé.

Población en riesgo

- Niños
- Bebés de 2 a 4 meses
- Bebés expuestos al alcohol en el útero
- Bebés expuestos a climas fríos
- Niños expuestos a drogas ilícitas en el útero
- Lactantes alimentados con leche materna extraída
- Bebés no amamantados exclusivamente
- Bebés de ascendencia africana
- Bebés cuyas madres fumaron durante el embarazo
- Lactantes con exposición posnatal al alcohol
- Lactantes con exposición posnatal a drogas ilícitas
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Bebés nativos americanos
- Bebés prematuros

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00036

Riesgo de asfixia

Enfoque del diagnóstico: su ff ocación

Aprobado en 1980 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible a una disponibilidad inadecuada de aire para la inhalación, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Acceso a frigorífico / congelador vacío
- Disfunción congénita
- Comer grandes bocados de comida.
- Perturbación emocional excesiva
- Fuga de gas
- Conocimiento inadecuado de las precauciones de seguridad.
- Tendadero de cuerdas bajas
- Chupete alrededor del cuello del bebé
- Jugando con bolsa de plástico
- Biberón apoyado en la cuna del bebé
- Objeto pequeño en las vías respiratorias
- Fumar en la cama
- Superficie suave para dormir
- Desatendido en el agua
- Calentador de combustible sin ventilación
- Vehículo en marcha en garaje cerrado.

Condiciones asociadas

- Función olfativa alterada
- Lesión de cara / cuello
- Enfermedad de cara / cuello
- Funcionamiento motor deteriorado

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00100

Recuperación quirúrgica retrasada

Foco del diagnóstico: recuperación quirúrgica

Aprobado 1998 • Revisado 2006, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Ampliación del número de días postoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y el bienestar.

Definir características

- Anorexia
- Dificultad para moverse
 - Dificultad para reanudar el empleo
- Se requiere demasiado tiempo para recuperación
- Expresa malestar
- fatiga
- Cicatrización interrumpida del área quirúrgica
- Percibe la necesidad de más tiempo para recuperar
- Aplaza la reanudación del trabajo
- Requiere ayuda para el autocuidado

Factores relacionados

- Delirio
- Movilidad física deteriorada
- Aumento del nivel de glucosa en sangre.
- Desnutrición
- Respuesta emocional negativa a resultado quirúrgico
- Obesidad
- Náuseas persistentes
- Dolor persistente
- Vómitos persistentes
- De fumar

Población en riesgo

- Individuos de ≥ 80 años
- Individuos que experimentan hipotermia intraoperatoria.
- Personas que requieren cirugía de emergencia
- Personas que requieren transfusión de sangre perioperatoria
- Individuos con puntuación ≥ 3 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Personas con antecedentes de infarto de miocardio.
- Individuos con baja capacidad funcional
- Individuos con pérdida de peso preoperatoria $> 5\%$

Condiciones asociadas

- anemia
 - diabetes mellitus
 - Procedimientos quirúrgicos extensos
 - Preparaciones farmacéuticas
- Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica
 - Trastorno psicológico en el postoperatorio.
 - Infección de la herida quirúrgica

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00246

Riesgo de recuperación quirúrgica tardía

Foco del diagnóstico: recuperación quirúrgica

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.3

Definición

Susceptible a una extensión del número de días postoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y el bienestar, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Delirio
- Movilidad física deteriorada
- Aumento del nivel de glucosa en sangre.
- Desnutrición
- Respuesta emocional negativa a resultado quirúrgico
- Obesidad
- Náuseas persistentes
- Dolor persistente
- Vómitos persistentes
- De fumar

Población en riesgo

- Individuos de ≥ 80 años
- Individuos que experimentan hipotermia intraoperatoria.
- Personas que requieren cirugía de emergencia
- Personas que requieren transfusión de sangre perioperatoria
- Individuos con puntuación ≥ 3 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Personas con antecedentes de infarto de miocardio.
- Individuos con baja capacidad funcional
- Individuos con pérdida de peso preoperatoria $> 5\%$

Condiciones asociadas

- anemia
- diabetes mellitus
- Procedimientos quirúrgicos extensos
- Preparaciones farmacéuticas
- Duración prolongada de la infección perioperatoria de la herida quirúrgica
- Trastorno psicológico en el postoperatorio.
- Infección de la herida quirúrgica

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00044

Integridad del tejido deteriorada

Enfoque del diagnóstico: integridad de los tejidos

Aprobado 1986 • Revisado 1998, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Daño a la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y / o ligamento.

Definir características

- Absceso
- Dolor agudo
- Sangrado
- Disminución de la fuerza muscular.
- Disminución del rango de movimiento.
- Difícil carga de peso
- Ojo seco
- Hematoma
- Integridad de la piel deteriorada
- Área localizada caliente al tacto
- Deformidad localizada
- Pérdida localizada de cabello
- Entumecimiento localizado
- Hinchazón localizada
- Espasmo muscular
- Informa falta de equilibrio
- Reporta sensación de hormigueo
- Stiffness
- Exposición de tejidos por debajo del epidermis

Factores relacionados

Factores externos

- Excreciones
- Humedad
- hipertermia
- hipotermia
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
 - Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la protección de la integridad de los tejidos.
- Uso inadecuado de agente químico
- Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.
- Disminución de la frecuencia de parpadeo.
- Disminución de la actividad física.
- Desequilibrio de fluidos

Factores internos

- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.

-
Pr
e
si
ó
n
s
o
br
e
pr
o
m
in
e
n
ci
a
ó

sea

- Agitación psicomotora
- secreciones
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

protección

- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Manejo inadecuado del nivel de glucosa en sangre

- Conocimiento inadecuado sobre mantener la integridad del tejido
- Conocimiento inadecuado sobre restaurar la integridad del tejido
- Cuidado inadecuado de la ostomía
- desnutrición
- Factor psicógeno
- Automutilación
- De fumar
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Personas sin hogar
- Individuos en edades extremas
- Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas.
- Personas expuestas a fuentes de alimentación de alta tensión.
- Particulares que participan en deportes de contacto.
- Personas que participan en deportes de invierno
- Personas con antecedentes familiares de fractura ósea.
- Personas con antecedentes de fractura ósea

Condiciones asociadas

- anemia
- Desorden del espectro autista
- Enfermedades cardiovasculares
- Condiciones neurológicas crónicas
- Enfermedad crítica
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular
- Inestabilidad hemodinámica
- Inmovilización
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Enfermedades metabólicas
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacéuticas
- trastornos de la sensibilidad
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 11 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00248

Riesgo de deterioro de la integridad del tejido

Enfoque del diagnóstico: integridad de los tejidos

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible de dañar la mucosa, la córnea, el sistema tegumentario, la fascia muscular, el músculo, el tendón, el hueso, el cartílago, la cápsula articular y / o el ligamento, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores externos

- Excreciones
- Humedad
- hipertermia
- hipotermia
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
 - Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la protección de la integridad de los tejidos.
- Uso inadecuado de agente químico
- Presión sobre prominencia ósea
- Agitación psicomotora
- secreciones
- Fuerzas de cizallamiento
- Fricción superficial
- Uso de ropa de cama con propiedad de absorción de humedad insuficiente

Factores internos

- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.
- Disminución de la frecuencia de parpadeo.
- Disminución de la actividad física.
- Desequilibrio de fluidos
- Movilidad física deteriorada
- Equilibrio postural alterado
- Cumplimiento inadecuado del régimen de tratamiento de la incontinencia
- Manejo inadecuado del nivel de glucosa en sangre
- Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad de los tejidos.
- Conocimiento inadecuado sobre la restauración de la integridad de los tejidos.
- Cuidado inadecuado de la ostomía
- desnutrición
- Factor psicógeno
- Auto mutilación
- fumar
- Mal uso de sustancia

Población en riesgo

- Individuos sin hogar
- Individuos en edades extremas
- Individuos expuestos al medio
- Las personas expuestas a alto voltaje
- fuente de alimentación de la edad
- Individuos que participan en

ambiente
temperaturas mentales extremas

contacto
Deportes

- Personas que participan en deportes de invierno
- Personas con antecedentes familiares de fractura ósea.

- Personas con antecedentes de fractura ósea

Condiciones asociadas

- anemia
- Desorden del espectro autista
- Enfermedades cardiovasculares
- Condiciones neurológicas crónicas
- Enfermedad crítica
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disminución del nivel de albúmina sérica.
- Disminución de la oxigenación de los tejidos.
- Disminución de la perfusión tisular

- Inestabilidad hemodinámica
- Inmovilización
- Discapacidad intelectual
- Dispositivos médicos
- Enfermedades metabólicas
- Neuropatía periférica
- Preparaciones farmacéuticas
- trastornos de la sensibilidad
- Procedimientos quirúrgicos

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00272

Riesgo de mutilación genital femenina

Enfoque del diagnóstico: mutilación genital
femenina Aprobado 2016 • Nivel de evidencia
2.1

Definición

Susceptible a la ablación total o parcial de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o de cualquier otra índole no terapéutica, que puedan comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de la práctica en la salud física.
- Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de la práctica en la salud psicosocial.
- Falta de conocimiento familiar sobre el impacto de la práctica en la salud reproductiva.

Población en riesgo

- Mujeres pertenecientes a etnia en la que se acepta la práctica
- Mujeres pertenecientes a la familia en la que alguna mujer ha sido sometida a práctica.
- Mujeres de familias con actitud favorable hacia la práctica.
- Mujeres que planean visitar el país de origen de la familia en el que se acepta la práctica.
- Mujeres que residen en el país donde se acepta la práctica
- Mujeres cuyos líderes familiares pertenecen a grupo étnico en el que se acepta la práctica

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00138

Riesgo de violencia dirigida por otros

Enfoque del diagnóstico: violencia dirigida por otros Aprobado en 1980 • Revisado en 1996, 2013, 2017

Definición

Susceptible a comportamientos en los que una persona demuestra que puede ser física, emocional y / o sexualmente dañina para los demás.

Factores de riesgo

- Disfunción cognitiva
- Fácil acceso al arma
- Control ineficaz de impulsos
- Lenguaje corporal negativo
- Patrón de comportamiento antisocial agresivo
- Patrón de violencia indirecta
- Patrón de violencia dirigida por otros
- Patrón de violencia amenazante
- Comportamiento suicida

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de crueldad hacia los animales.
- Personas con antecedentes de incendio.
- Personas con antecedentes de vehículo motorizado o ff ense
- Personas con antecedentes de abuso de sustancias
- Personas con historial de presenciar violencia familiar

Condiciones asociadas

- Deterioro neurológico
- Intoxicación patológica
- Complicaciones perinatales
- Complicaciones prenatales
- Desórdenes psicóticos

Este diagnóstico se retirará de la taxonomía NANDA-I en la edición 2024-2026 a menos que se complete un trabajo adicional para llevarlo a un nivel de evidencia 2.1 o superior.

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00140

Riesgo de violencia autodirigida

Enfoque del diagnóstico: violencia autodirigida

Aprobado en 1994 • Revisado en 2013, 2017

Definición

Susceptible a comportamientos en los que un individuo demuestra que puede ser física, emocional y / o sexualmente dañino para sí mismo.

Factores de riesgo

- | | |
|--|---|
| - Señales conductuales de intención suicida | - Recursos personales inadecuados |
| - Conflicto por orientación sexual | - Aislamiento social |
| - Conflicto en las relaciones interpersonales | - Ideación suicida |
| - Preocupación por el empleo | - Plan suicida |
| - Participación en relaciones sexuales autoeróticas. | - Señales verbales de intención suicida |
| hechos | |

Población en riesgo

- | | |
|--|---|
| - Personas de 15 a 19 años | - Personas con antecedentes de múltiples intentos de suicidio. |
| - Individuos \geq 45 años | - Individuos con patrón de di ffi culturas en antecedentes familiares |
| - Personas en ocupaciones con alto riesgo de suicidio. | |

Condiciones asociadas

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| - Problemas de salud mental | - Trastorno psicológico |
| - Problemas de salud física | |

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00151

Automutilación

Enfoque del diagnóstico: automutilación

Aprobado en 2000 • Revisado en 2017

Definición

Comportamiento autodestructivo deliberado que causa daño tisular con la intención de causar daño no fatal para lograr el alivio de la tensión.

Definir características

- Piel abrasiva
- Mordiendo
- Constricción de una parte del cuerpo
- Cortes en el cuerpo
- Golpear
- Sustancia nociva ingerida
- Sustancia nociva inhalada
- Inserción de objeto en el orificio del cuerpo
- Picarse la herida
- Arañazos en el cuerpo
- Quemadura autoinfligida
- Separación de una parte del cuerpo

Factores relacionados

- Ausencia de confidente de la familia
- Imagen corporal alterada
- disociación
- Relaciones interpersonales perturbadas
- Desorden alimenticio
- Perturbación emocional excesiva
- Sentirse amenazado por la pérdida de relaciones interpersonales significativas.
- Autoestima deteriorada
- Incapacidad para expresar la tensión verbalmente
- Comunicación ineficaz entre padres y adolescentes
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Control ineficaz de impulsos
- Impulso irresistible de violencia autodirigida
- Irresistible necesidad de cortarse
- Comportamiento lábil
- Pérdida de control sobre la situación de resolución de problemas
- Baja autoestima
- Tensión de montaje que es intolerable
- Sentimientos negativos
- Patrón de incapacidad para planificar soluciones
- Patrón de incapacidad para ver consecuencias a largo plazo.
- perfeccionismo
- Requiere una rápida reducción del estrés
- Aislamiento social
- Mal uso de sustancia
- Uso de la manipulación para obtener relaciones interpersonales nutritivas con los demás.

Población en riesgo

- adolescentes
- Niños maltratados
- Personas encarceladas

- Personas que experimentan un divorcio familiar
- Individuos que experimentan abuso de sustancias en la familia
- Individuos que experimentan la pérdida de relaciones interpersonales importantes.
- Personas que experimentan crisis de identidad sexual
- Personas que viven en entornos no tradicionales
- Individuos cuyos compañeros se auto mutilan
- Personas con antecedentes familiares de comportamiento autodestructivo.
- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de enfermedades de la niñez
- Personas con antecedentes de cirugía infantil.
- Personas con antecedentes de violencia autodirigida
- Individuos que presencian violencia entre figuras parentales

Condiciones asociadas

- Autismo
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno de carácter
- Despersonalización
- Discapacidades del desarrollo
- Desórdenes psicóticos

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00139

Riesgo de automutilación

Enfoque del diagnóstico: automutilación

Aprobado en 1992 • Revisado en 2000, 2013, 2017

Definición

Susceptible a un comportamiento autodestructivo deliberado que cause daño tisular con la intención de causar una lesión no fatal para lograr el alivio de la tensión.

Factores de riesgo

- Ausencia de confidente de la familia
- Imagen corporal alterada
- disociación
- Relaciones interpersonales perturbadas
- Desorden alimenticio
- Perturbación emocional excesiva
- Sentirse amenazado por la pérdida de relaciones interpersonales significativas.
- Autoestima deteriorada
- Incapacidad para expresar la tensión verbalmente
- Comunicación ineficaz entre padres y adolescentes
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Control ineficaz de impulsos
- Impulso irresistible de violencia autodirigida
- Irresistible necesidad de cortarse
- Comportamiento lábil
- Pérdida de control sobre la situación de resolución de problemas
- Baja autoestima
- Tensión de montaje que es intolerable
- Sentimientos negativos
- Patrón de incapacidad para planificar soluciones
- Patrón de incapacidad para ver consecuencias a largo plazo.
- perfeccionismo
- Requiere una rápida reducción del estrés
- Aislamiento social
- Mal uso de sustancia
- Uso de la manipulación para obtener relaciones interpersonales nutritivas con los demás.

Población en riesgo

- adolescentes
- Niños maltratados
- Personas encarceladas
- Personas que experimentan un divorcio familiar
- Individuos que experimentan abuso de sustancias en la familia
- Individuos que experimentan la pérdida de relaciones interpersonales importantes.
- Personas que experimentan crisis de identidad sexual

onas que viven en entornos no tradicionales

- Individuos cuyos compañeros se auto mutilan
- Personas con antecedentes familiares de comportamiento autodestructivo.

- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de enfermedades de la niñez
- Personas con antecedentes de cirugía infantil.

- Individuos con antecedentes de violencia autodirigida

- Individuos que presencian violencia entre figuras parentales

Condiciones asociadas

- Autismo
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno de carácter

- Despersonalización
- Discapacidades del desarrollo
- Desórdenes psicóticos

Dominio 11 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00289

Riesgo de comportamiento suicida

Foco del diagnóstico: comportamiento suicida

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.2

Definición

Susceptible a actos autolesivos asociados con alguna intención de morir.

Factores de riesgo

Factores de comportamiento

- Apatía
- Dificultad para pedir ayuda
- Dificultad para afrontar situaciones insatisfactorias
- rendimiento tory
- Dificultad para expresar sentimientos
- Autocontrol ineficaz del dolor crónico
- Control ineficaz de impulsos
- Comportamiento autolesivo
- Auto-negligencia
- Almacenamiento de medicamentos
- Mal uso de sustancia

Psicológico

- Ansiedad
- Síntomas depresivos
- Hostilidad
- Expresa profunda tristeza
- Expresa frustración
- Expresa soledad
- Baja autoestima
- Duelo inadaptado
- Deshonra percibida
- Fracaso percibido
- Reporta culpa excesiva
- Reporta impotencia
- Reporta desesperanza
- Reporta infelicidad
- Ideación suicida

Situacional

- Fácil acceso al arma
- Pérdida de independencia
- Pérdida de autonomía personal

Factores sociales

- Procesos familiares disfuncionales
- Apoyo social inadecuado
- Presión de grupo inapropiada
- Dificultad legal
- Privación social
- Devaluación social
- Aislamiento social
- Violencia no abordada por otros

Población en riesgo

- Adolescentes

- Adolescentes que viven en hogares de acogida

52
8

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos que cambian un testamento
- Individuos que experimentan una crisis situacional
- Personas que enfrentan discriminación
- Individuos que regalan posesiones
- Personas que viven solas
- Individuos que obtienen materiales potencialmente letales.
- Personas que preparan un testamento
 - Personas que con frecuencia buscan atención por una sintomatología vaga.
- Personas con problemas disciplinarios
- Personas con antecedentes familiares de suicidio
- Personas con antecedentes de intento de suicidio.
- Personas con historial de violencia
- Personas con recuperación repentina eufórica de una depresión mayor.
- Individuos institucionalizados
- Hombres
- Individuos nativos americanos
- Adultos mayores
- Enfermedad física
- Enfermedad terminal

Condiciones asociadas

- depresión
- Desordenes mentales

Dominio 11 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00181

Contaminación

Foco del diagnóstico: contaminación

Aprobado en 2006 • Revisado en 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

Definir características

Plaguicidas

- Efectos dermatológicos de la exposición a plaguicidas
- Efectos gastrointestinales de la exposición a plaguicidas
- Efectos neurológicos de la exposición a plaguicidas
- Efectos pulmonares de la exposición a plaguicidas
- Efectos renales de la exposición a plaguicidas

Productos químicos

- Efectos dermatológicos de la exposición química
- Efectos gastrointestinales de la exposición a sustancias químicas
- Efectos inmunológicos de la exposición química
- Efectos neurológicos de la exposición química
- Efectos pulmonares de la exposición química
- Efectos renales de la exposición química

Biológicos

- Efectos dermatológicos de la exposición biológica
- Efectos gastrointestinales de la exposición biológica
- Efectos neurológicos de la exposición biológica
- Efectos pulmonares de la exposición biológica
- Efectos renales de la exposición biológica

Polución

- Efectos neurológicos de la exposición a la contaminación
- Efectos pulmonares de la exposición a la contaminación

Desperdicio

- Efectos dermatológicos de los residuos exposición
- Efectos gastrointestinales de los desechos
- Efectos hepáticos de la exposición a los desechos
- ^{ff}Efectos pulmonares de los desechos exposición

exposición

530

Radiación

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Efectos genéticos de la radioterapia exposición - Efectos inmunológicos de la radioactividad exposición a la terapia | <ul style="list-style-type: none"> - Efectos neurológicos de la radioterapia una buena exposición - Efectos oncológicos de la radioterapia exposición |
|---|---|

Factores relacionados

Factores externos

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Suelo alfombrado - Contaminación química de los alimentos. - Contaminación química del agua - Superficie descascarada y pelada en presencia de niños pequeños - Desglose inadecuado del contaminante - Prácticas de higiene doméstica inadecuadas - Servicios municipales inadecuados - Prácticas inadecuadas de higiene personal - Ropa protectora inadecuada - Uso inadecuado de ropa protectora | <ul style="list-style-type: none"> - Personas que ingirieron material contaminado - Jugar donde se utilizan contaminantes ambientales - Exposición sin protección a productos químicos - Exposición sin protección a metales pesados - Exposición sin protección a material radioactivo - Uso de contaminante ambiental en el hogar - Uso de material nocivo en áreas con ventilación inadecuada. - Uso de material nocivo sin protección eficaz |
|---|--|

Factores internos

- Exposición concomitante
- desnutrición

- fumar

Población en riesgo

- Niños <5 años
- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos expuestos perinatalmente
- Personas expuestas a áreas con alto nivel de contaminantes
- Personas expuestas a contaminantes atmosféricos

- Personas expuestas al bioterrorismo
- Personas expuestas a desastres
- Personas con antecedentes de exposición a contaminantes
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Mujeres

- Radioterapia

Condiciones asociadas

- Enfermedad preexistente

Dominio 11 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00180

Riesgo de contaminación

Foco del diagnóstico: contaminación

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a la exposición a contaminantes ambientales, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores externos

- Suelo alfombrado
- Contaminación química de los alimentos.
- Contaminación química del agua
- Superficie descascarada y pelada en presencia de niños pequeños
- Desglose inadecuado del contaminante
- Prácticas de higiene doméstica inadecuadas
- Servicios municipales inadecuados
- Prácticas inadecuadas de higiene personal
- Ropa protectora inadecuada
- Uso inadecuado de ropa protectora
- Personas que ingirieron material contaminado
- Jugar donde se utilizan contaminantes ambientales
- Exposición sin protección a productos químicos
- Exposición sin protección a metales pesados
- Exposición sin protección a material radioactivo
- Uso de contaminante ambiental en el hogar
- Uso de material nocivo en áreas con ventilación inadecuada.
- Uso de material nocivo sin protección eficaz

Factores internos

- Exposición concomitante
- desnutrición
- De fumar

Población en riesgo

- Niños <5 años
- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos expuestos perinatalmente
- Personas expuestas a áreas con alto nivel de contaminantes
- Personas expuestas a contaminantes atmosféricos
- Personas expuestas al bioterrorismo
- Personas expuestas a desastres
- Personas con antecedentes de exposición a contaminantes
- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Enfermedad preexistente
- Radioterapia

Dominio 11 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00265

Riesgo de lesiones laborales

Enfoque del diagnóstico: lesión ocupacional

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de sufrir una enfermedad o accidente de trabajo que pueda comprometer la salud.

Factores de riesgo

Individual

- Distracción de las relaciones interpersonales.
- Estrés excesivo
- Uso inadecuado de equipo de protección personal
- Conocimientos inadecuados
- Habilidades inadecuadas de gestión del tiempo.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Mala interpretación de la información
- Comportamientos demasiado confiados
- Trastorno sicologico
- Hábitos poco saludables
- Conductas laborales inseguras

Factores ambientales no modificados

- Limitaciones ambientales
- Exposición a agentes biológicos
- Exposición a agentes químicos
- Exposición al ruido
- Exposición a radioterapia
- Exposición a agentes teratogénicos
- Exposición a vibraciones
- Acceso inadecuado a equipos de protección individual.
- Entorno físico inadecuado
- Relaciones laborales
- Trabajo en turnos nocturnos que rotan a turnos diurnos
- Burnout ocupacional
- Carga de trabajo físico
- Trabajo por turnos

Población en riesgo

- Personas expuestas a temperaturas ambientales extremas.

Dominio 11 • Clase 4 • Código de diagnóstico 00037

Riesgo de envenenamiento

Foco del diagnóstico: intoxicación

Aprobado en 1980 • Revisado en 2006, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de exposición accidental o ingestión de medicamentos o productos peligrosos en dosis suficientes, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

Factores externos

- Acceso a producto peligroso
- Acceso a drogas ilícitas potencialmente contaminadas por aditivos venenosos
- Acceso a preparados farmacéuticos
- Entorno ocupacional sin las salvaguardias adecuadas

Factores internos

- Disfunción cognitiva
- Perturbación emocional excesiva
- Conocimiento inadecuado de las preparaciones farmacéuticas.
- Conocimiento inadecuado de la prevención de intoxicaciones.
- Precauciones inadecuadas contra el envenenamiento
- Manifestaciones neuroconductuales
- Visión inadecuada no tratada

Dominio 11 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00218

Riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados

Enfoque del diagnóstico: reacción adversa a los medios de contraste yodados Aprobado 2010 • Revisado 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a reacciones nocivas o no deseadas que pueden ocurrir dentro de los siete días posteriores a la inyección del agente de contraste, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Deshidratación
- Debilidad generalizada

Población en riesgo

- Individuos en edades extremas
- Individuos con antecedentes de alergia
- Personas con antecedentes de efectos adversos de los medios de contraste yodados

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Disminución del nivel de conciencia
- Uso concurrente de productos farmacéuticos preparativos
- Individuos con venas frágiles

Dominio 11 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00217

Riesgo de reacción alérgica

Enfoque del diagnóstico: reacción alérgica.

Aprobado en 2010 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una respuesta inmune exagerada o una reacción a sustancias que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Exposición a alérgenos
- Exposición a alérgenos ambientales
- Exposición a productos químicos tóxicos
- Conocimiento inadecuado sobre cómo evitar alérgenos relevantes.
- Desatento a la posible exposición a alérgenos.

Población en riesgo

- Personas con antecedentes de alergia alimentaria.
- Personas con antecedentes de alergia a las picaduras de insectos.
- Personas con exposición repetida a sustancias ambientales productoras de alérgenos.

Dominio 11 • Clase 5 • Código de diagnóstico 00042

Riesgo de reacción alérgica al látex

Enfoque del diagnóstico: reacción alérgica al látex.

Aprobado 1998 • Revisado 2006, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a una reacción hipersensible a productos de caucho de látex natural o alimentos reactivos al látex, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimiento inadecuado sobre cómo evitar alérgenos relevantes.
- Desatento a la posible exposición ambiental al látex.
- Desatento a la posible exposición a alimentos reactivos al látex.

Población en riesgo

- Personas expuestas con frecuencia a productos de látex.
- Personas que reciben inyecciones repetidas de botellas con tapa de goma.
- Personas con antecedentes familiares de dermatitis atópica
- Personas con antecedentes de reacción al látex.
- Bebés sometidos a numerosas operaciones que comienzan poco después del nacimiento.

Condiciones asociadas

- Asma
- Atopia
- Alergia a la comida
- Hipersensibilidad a la proteína de caucho de látex natural.
- Múltiples procedimientos quirúrgicos
- Alergia a la planta de flor de pascua
- Enfermedades de la vejiga urinaria

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00007

Hipertermia

Foco del diagnóstico: hipertermia

Aprobado en 1986 • Revisado en 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Temperatura corporal central por encima del rango diurno normal debido a fallas en la termorregulación.

Definir características

- Postura anormal
- Apnea
- Coma
- Piel enrojecida
- Hipotensión
- El bebé no mantiene la succión.
- Estado de ánimo irritable
- Letargo
- Embargo
- Piel cálida al tacto
- Estupor
- Taquicardia
- Taquipnea
- Vasodilatación

Factores relacionados

- Deshidratación
- Ropa inapropiada
- Actividad vigorosa

Población en riesgo

- Personas expuestas a altas temperaturas ambientales.

Condiciones asociadas

- Disminución de la respuesta al sudor.
- Estado de salud deteriorado
- Aumento de la tasa metabólica
- isquemia
- Preparaciones farmacéuticas
- Septicemia
- Trauma

Consulte los criterios de estadificación.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00006

Hipotermia

Foco del diagnóstico: hipotermia

Aprobado 1986 • Revisado 1988, 2013, 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Temperatura corporal central por debajo del rango diurno normal en individuos > 28 días de vida.

Definir características

- Acrocianosis
- Bradicardia
- Lechos ungueales cianóticos
- Disminución del nivel de glucosa en sangre.
- Disminución de la ventilación.
- Hipertensión
- Hipogluceemia
- Hipoxia
- Aumento de la tasa metabólica
- Mayor consumo de oxígeno.
- Vasoconstricción periférica
- Piloerección
- Temblando
- Piel fresca al tacto
- Relleno capilar lento
- Taquicardia

Factores relacionados

- Consumo de alcohol
- Transferencia de calor conductiva excesiva
- Transferencia de calor por convección excesiva
- Transferencia de calor por evaporación excesiva
- Transferencia de calor radiativa excesiva
- Inactividad
- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la prevención de la hipotermia.
- Ropa inadecuada
- Baja temperatura ambiental
- desnutrición
- Individuos en extremos de peso

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos en edades extremas

Condiciones asociadas

- Daño al hipotálamo
- Disminución de la tasa metabólica.
- Preparaciones farmacéuticas
- Radioterapia
- Trauma

- Consumo de alcohol
- Transferencia de calor conductiva excesiva
- Transferencia de calor por convección excesiva
- Transferencia de calor por evaporación excesiva
- Transferencia de calor radiativa excesiva
- Inactividad

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- Individuos en edades extremas

- Conocimiento inadecuado del cuidador sobre la prevención de la hipotermia.
- Ropa inadecuada
- Baja temperatura ambiental
- desnutrición

- Individuos en extremos de peso

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00280

Hipotermia neonatal

Foco del diagnóstico: hipotermia

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Temperatura corporal central de un bebé por debajo del rango diurno normal.

Definir características

- acrocianosis
- Bradicardia
- Disminución del nivel de glucosa en sangre.
- Disminución de la tasa metabólica.
- Disminución de la perfusión periférica
- Disminución de la ventilación
- hipertensión
- hipoglucemia
- hipoxia
- Mayor demanda de oxígeno
- Energía insuficiente para mantener la succión
- Irritabilidad
- Acidosis metabólica
- Palidez
- Vasoconstricción periférica
- Dificultad respiratoria
- Piel fresca al tacto
- Relleno capilar lento
- taquicardia
- Aumento de peso <30 g / día

Factores relacionados

- Lactancia materna retrasada
- Baño temprano del recién nacido
- Transferencia de calor conductiva excesiva
- Transferencia de calor por convección excesiva
- Transferencia de calor por evaporación excesiva
- Transferencia de calor por radiativa excesiva
- Conocimiento inadecuado del cuidador de la prevención de la hipotermia
- Ropa inadecuada
- Desnutrición

Población en riesgo

- Recién nacidos de bajo peso al nacer
- Recién nacidos de 0 a 28 días
- Recién nacidos por cesárea
- Recién nacidos de madre adolescente
- Recién nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Recién nacidos expuestos a bajas temperaturas ambientales.
- Recién nacidos con alto riesgo de parto fuera del hospital
- Recién nacidos con grasa subcutánea inadecuada
- Recién nacidos con una mayor relación entre el área de la superficie corporal y el peso
- Recién nacidos con parto extrahospitalario no planificado
- Recién nacidos prematuros

Condiciones asociadas

- Daño al hipotálamo
- Estrato córneo inmaduro
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar.
- Control vascular ineficaz
- Termogénesis ineficaz sin temblores
- Puntuaciones de apariencia baja, pulso, muecas, actividad y respiración (APGAR)
- Preparaciones farmacéuticas

Consulte los criterios de estadificación de hipotermia apropiados y validados.

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00282

Riesgo de hipotermia neonatal

Foco del diagnóstico: hipotermia

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Susceptibilidad de un bebé a una temperatura corporal central por debajo del rango diurno normal, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Lactancia materna retrasada
- Baño temprano del recién nacido
- Transferencia de calor conductiva excesiva
- Transferencia de calor por convección excesiva
- Transferencia de calor por evaporación excesiva
- Transferencia de calor radiativa excesiva
- Conocimiento inadecuado del cuidador de la prevención de la hipotermia
- Ropa inadecuada
- Desnutrición

Población en riesgo

- Recién nacidos de bajo peso al nacer
- Recién nacidos de 0 a 28 días
- Recién nacidos por cesárea
- Recién nacidos de madre adolescente
- Recién nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Recién nacidos expuestos a bajas temperaturas ambientales.
- Recién nacidos con alto riesgo de parto fuera del hospital
- Recién nacidos con grasa subcutánea inadecuada
- Recién nacidos con una mayor relación entre el área de la superficie corporal y el peso
- Recién nacidos con parto extrahospitalario no planificado
- Recién nacidos prematuros

Condiciones asociadas

- Daño al hipotálamo
- Estrato córneo inmaduro
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar.
- Control vascular ineficaz
- Termogénesis ineficaz sin temblores
- Puntuaciones de apariencia baja, pulso, muecas, actividad y respiración (APGAR)
- Preparaciones farmacéuticas

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00254

Riesgo de hipotermia perioperatoria

Enfoque del diagnóstico: hipotermia perioperatoria

Aprobado 2013 • Revisado 2017, 2020 • Nivel de evidencia

2.2

Definición

Susceptible a una caída inadvertida de la temperatura corporal central por debajo de 36 ° C / 96,8 ° F que se produce una hora antes a 24 horas después de la cirugía, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Ansiedad
- Índice de masa corporal por debajo de lo normal
- Temperatura ambiental <21 ° C / 69,8 ° F
- Disponibilidad inadecuada de comió equipo de calentamiento
- Área de la herida descubierta

Población en riesgo

- Individuos ≥ 60 años
- Individuos en ambiente con flujo de aire laminar
- Individuos que reciben anestesia por un período > 2 horas.
- Individuos sometidos a un largo tiempo de inducción.
- Individuos sometidos a cirugía abierta
- Individuos sometidos a procedimiento quirúrgico > 2 horas
- Individuos con puntaje de clasificación de estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) > 1
- Individuos con puntaje alto en el Modelo de Enfermedad Hepática en Etapa Terminal (MELD)
- Personas con mayor pérdida de sangre intraoperatoria
- Individuos con sangre arterial diastólica intraoperatoria presión <60 mmHg
- Individuos con presión arterial sistólica intraoperatoria <140 mmHg
- Personas con poca superficie corporal
- Recién nacidos <37 semanas de edad gestacional
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Insuficiencia hepática aguda
- anemia
- quemaduras
- Complicaciones cardiovasculares
- Insuficiencia renal crónica
- Anestesia regional y general combinada
- Desorden neurológico
- Preparaciones farmacéuticas
- Trauma

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00008

Termorregulación ineficaz

Enfoque del diagnóstico: termorregulación

Aprobado 1986 • Revisado 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Fluctuación de temperatura entre hipotermia e hipertermia.

Definir características

- Lechos ungueales cianóticos
- Piloerección
- Piel enrojecida
- Reducción de la temperatura corporal. por debajo del rango normal
- Hipertensión
- Aumento de la temperatura corporal por encima rango normal
- Embargo
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Piel fresca al tacto
- Temblores leves
- Piel cálida al tacto
- Palidez moderada
- Relleno capilar lento
- Taquicardia

Factores relacionados

- Deshidratación
- Ropa inadecuada para el medio ambiente
- Temperatura ambiental
- temperatura mental
- fluctuaciones
- Aumento de la demanda de oxígeno
- Inactividad
- Actividad vigorosa

Población en riesgo

- Individuos en extremos de peso
- Individuos con suministro inadecuado
- Individuos expuestos al medio ambiente
- de grasa subcutánea
- Individuos con cuerpo aumentado
- temperaturas mentales extremas
- relación superficie / peso

Condiciones asociadas

- Tasa metabólica alterada
- Ineficiente sin temblar termogénesis
- Lesiones Cerebrales
- Preparaciones farmacéuticas
- Condición que afecta la temperatura **ff**
- Sedación
- regulación
- Disminución de la respuesta al sudor.
- Septicemia
- Estado de salud deteriorado
- Trauma

Dominio 11 • Clase 6 • Código de diagnóstico 00274

Riesgo de termorregulación ineficaz

Enfoque del diagnóstico: termorregulación

Aprobado 2016 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible a fluctuaciones de temperatura entre hipotermia e hipotermia, que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Deshidratación
- Temperatura ambiental fluctuaciones
- Inactividad
- Ropa inadecuada para el medio ambiente
- temperatura mental
- Aumento de la demanda de oxígeno
- Actividad vigorosa

Población en riesgo

- Individuos en extremos de peso
- Individuos expuestos al medio ambiente
- temperaturas mentales extremas
- Individuos con suministro inadecuado de grasa subcutánea
- Individuos con cuerpo aumentado relación superficie / peso

Condiciones asociadas

- Tasa metabólica alterada
- Lesiones Cerebrales
- Condición que afecta la temperatura **ff** regulaci3n
- Disminuci3n de la respuesta al sudor.
- Estado de salud deteriorado
- Ineficiente sin temblar termogénesis
- Preparaciones farmacéuticas
- Sedaci3n
- Septicemia
- Trauma

protección

Dominio 12. Comodidad

Sentido de bienestar o tranquilidad mental, físico o social

Clase 1. Comodidad física Sensación de bienestar o tranquilidad y / o ausencia de dolor.

Código	Diagnóstico	Página
00214	Comodidad deteriorada	551
00183	Preparación para una mayor comodidad	552
00134	Náusea	553
00132	Dolor agudo	554
00133	Dolor crónico	555
00255	Síndrome de dolor crónico	557
00256	El dolor del parto	558

Clase 2. Confort ambiental Sensación de bienestar o comodidad en / con el entorno de uno.

Código	Diagnóstico	Página
00214	Comodidad deteriorada	560
00183	Preparación para una mayor comodidad	561

Clase 3. Confort social
Sensación de bienestar o tranquilidad con la propia situación social.

Código	Diagnóstico	Página
00214	Comodidad deteriorada	562
00183	Preparación para una mayor comodidad	563
00054	Riesgo de soledad	564
00053	Aislamiento social	565

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00214

Comodidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2008 • Revisado en 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y / o social.

Definir características

- Ansiedad
- Llorando
- Dificultad para relajarse
- Expresa malestar
- Expresa descontento con situación
- Expresa miedo
- Expresa sensación de frío
- Expresa sentirse cálido
- Expresa picazón
- Expresa angustia psicológica
- Estado de ánimo irritable
- Gimiendo
- Agitación psicomotora
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Reporta hambre
- Suspirando
- Inquietud en situación

Factores relacionados

- Control inadecuado sobre medio ambiente
- Recursos sanitarios inadecuados
- Control situacional inadecuado
- Privacidad insuficiente
- Estímulos ambientales desagradables

Condiciones asociadas

- Síntomas relacionados con enfermedades
- Régimen de tratamiento

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00183

Preparación para una mayor comodidad

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y / o social, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la comodidad.
- Expresa el deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción.
- Expresa el deseo de mejorar la relajación.
- Expresa el deseo de mejorar la resolución de quejas.

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00134

Náusea

Enfoque del diagnóstico: náuseas.

Aprobado 1998 • Revisado 2002, 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un fenómeno subjetivo de una sensación desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede resultar en vómitos o no.

Definir características

- Aversión a la comida
- Sensación de náuseas
- Aumento de la salivación.
- Aumento de la deglución
- Sabor agrio

Factores relacionados

- Ansiedad
- Exposición a la toxina desagradables
- Temor
- Sabor nocivo
- Estímulos sensoriales

Población en riesgo

- Mujeres embarazadas

Condiciones asociadas

- Neoplasias abdominales
- Fenómeno bioquímico alterado
- Enfermedad del esófago
- Distensión gástrica
- Irritación gastrointestinal
- Hipertensión intracraneal
- Laberintitis
- Estiramiento de la cápsula hepática
- Tumor localizado
- La enfermedad de Meniere
- Meningitis
- Cinetosis
- Enfermedades pancreáticas
- Preparaciones farmacéuticas
- Trastorno psicológico
- Estiramiento de la cápsula esplénica
- Régimen de tratamiento

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00132

Dolor agudo

Foco del diagnóstico: dolor

Aprobado 1996 • Revisado 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.

Definir características

- Parámetro fisiológico alterado
- Cambio de apetito
- Diaforesis
- Comportamiento de distracción
- Evidencia de dolor mediante el uso de una lista de verificación de comportamiento del dolor estandarizada para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente
- Comportamiento expresivo
- Expresión facial de dolor.
- Conducta protectora
- desesperanza

Factores relacionados

- Agente de daño biológico
- Uso inadecuado de agente químico

- Enfoque estrecho
- Posicionamiento para aliviar el dolor.
- Comportamiento protector
- Informe proxy de cambios de actividad
- Informe proxy de comportamiento doloroso
- Dilatación de pupila
- Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada
- Informa las características del dolor utilizando un instrumento de dolor estandarizado
- Enfocado en uno mismo

- Agente de lesiones físicas

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00133

Dolor crónico

Foco del diagnóstico: dolor

Aprobado en 1986 • Revisado en 1996, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o predecible, y con una duración superior a 3 meses.

Definir características

- Capacidad alterada para continuar actividades.
- anorexia
- Evidencia de dolor mediante el uso de una lista de verificación de comportamiento del dolor estandarizada para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente
- Expresa fatiga
- Expresión facial de dolor.
- Informe proxy de cambios de actividad
- Informe proxy de comportamiento doloroso
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada
- Informa las características del dolor utilizando un instrumento de dolor estandarizado
- Enfocado en uno mismo

Factores relacionados

- Índice de masa corporal por encima de lo normal
rango de edad y sexo
- Fatiga
- Patrón de sexualidad ineficaz
- Agente de lesiones
- desnutrición
- Uso prolongado de la computadora
- Trastorno psicológico
- Manipulación repetida de cargas pesadas
- Aislamiento social
- Vibración de cuerpo entero

Población en riesgo

- Personas mayores de 50 años
- Personas con historial de abuso
- Personas con antecedentes de mutilación genital
- Personas con antecedentes de sobreendeudamiento
- Personas con antecedentes de posturas de trabajo estáticas.
- Personas con antecedentes de abuso de sustancias
- Personas con antecedentes de ejercicio vigoroso
- Mujeres

Condiciones asociadas

- Fracturas de hueso
 - Sistema nervioso central sensibilización
 - Enfermedades musculoesqueléticas crónicas
 - Contusión
 - Síndrome de aplastamiento
 - Desequilibrio de neurotransmisores, neuromoduladores y receptores
 - Enfermedades del sistema inmunológico
 - metabolismo alterado
- Enfermedades genéticas congénitas
 - Isquemia
 - Neoplasias
 - Síndromes de compresión nerviosa
 - Enfermedades del sistema nervioso
 - Condición relacionada con el postraumatismo
 - Aumento prolongado del nivel de cortisol.
 - Lesiones de tejidos blandos
 - Lesiones de la médula espinal

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00255

Síndrome de dolor crónico

Enfoque del diagnóstico: síndrome de dolor crónico

Aprobado en 2013 • Revisado en 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Dolor recurrente o persistente que ha durado al menos 3 meses y que afecta significativamente el funcionamiento o el bienestar diario.

Definir características

- Ansiedad (00146)
- Estreñimiento (00011)
- Patrón de sueño perturbado (00198)
- Fatiga (00093)
- Miedo (00148)
- Regulación alterada del estado de ánimo (00241)
- Movilidad física alterada (00085)
- Insomnio (00095)
- Aislamiento social (00053)
- Sobrecarga de estrés (00177)

Factores relacionados

- Índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y el sexo.
- Miedo al dolor
- Creencias de evitación del miedo
- Conocimiento inadecuado de las conductas de manejo del dolor.
- Afecto negativo
- Trastornos del sueño

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00256

El dolor del parto

Enfoque del diagnóstico: dolor de parto.

Aprobado en 2013 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 2.2

Definición

Experiencia sensorial y emocional que varía de placentera a desagradable, asociada con el trabajo de parto y el parto.

Definir características

- Presión arterial alterada
- Frecuencia cardíaca alterada
- Tensión muscular alterada
- Neuroendocrino alterado
- marcha alterada
- Frecuencia respiratoria alterada
- Funcionamiento urinario alterado
- Ansiedad
- Cambio de apetito
- Diaforesis
- Comportamiento de distracción
- Comportamiento expresivo
- Expresión facial de dolor.
- Enfoque estrecho
- Náusea
- Presión perineal
- Posicionamiento para aliviar el dolor.
- Comportamiento protector
- Dilatación de pupila
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Centrado en uno mismo
- Contracción uterina
- Vómitos

Factores relacionados

Factores de comportamiento

- Ingesta insuficiente de líquidos
- Posición supina

Factores cognitivos

- Miedo al parto
- Inadecuado conocimiento sobre el parto
- Preparación inadecuada para lidiar con el dolor de parto.
- Baja autoeficacia
- Percepción del dolor del parto como improductivo
- Percepción del dolor del parto como negativo
- Percepción del dolor del parto como una amenaza.
- Percepción del dolor del parto como antinatural.
- Percepción del dolor como significativo

Factores sociales

- Interferencia en la toma de decisiones
- Compañerismo sin apoyo

Factores ambientales no modificados

- Sala de partos ruidosa
- Sala de partos abarrotada

- Entorno turbulento

Población en riesgo

- Mujeres en situación de emergencia durante el trabajo de parto.
 - Mujeres de culturas con perspectiva negativa del dolor del parto.
- Mujeres que dan a luz en un sistema de salud basado en enfermedades.
- Mujeres cuyas madres tienen un alto nivel de educación.

- Mujeres con antecedentes de dismenorrea antes del embarazo
- Mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la infancia.
- Mujeres sin acompañante que las apoye

Condiciones asociadas

- Dilatación cervical
- Depresión
- Expulsión fetal

- Ansiedad por rasgos maternos elevados
 - Restricción de movilidad prescrita
- Duración prolongada del trabajo de parto

Dominio 12 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00214

Comodidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2008 • Revisado en 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y / o social.

Definir características

- Ansiedad
- Llorando
- Dificultad para relajarse
- Expresa malestar
- Expresa descontento con situación
- Expresa miedo
- Expresa sensación de frío
- Expresa sentirse cálido
- Expresa picazón
- Expresa angustia psicológica
- Estado de ánimo irritable
- Gimiendo
- Agitación psicomotora
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Reporta hambre
- Suspirando
- Inquietud en situación

Factores relacionados

- Control inadecuado sobre medio ambiente
- Recursos sanitarios inadecuados
- Control situacional inadecuado
- Privacidad insuficiente
- Estímulos ambientales desagradables

Condiciones asociadas

- Síntomas relacionados con enfermedades
- Régimen de tratamiento

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soprote de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00183

Preparación para una mayor comodidad

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y / o social, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la comodidad.
- Expresa el deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción.
- Expresa el deseo de mejorar la relajación.
- Expresa el deseo de mejorar la resolución de quejas.

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00214

Comodidad deteriorada

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2008 • Revisado en 2010, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y / o social.

Definir características

- Ansiedad
- Llorando
- Dificultad para relajarse
- Expresa malestar
- Expresa descontento con situación
- Expresa miedo
- Expresa sensación de frío
- Expresa sentirse cálido
- Expresa picazón
- Expresa angustia psicológica
- Estado de ánimo irritable
- Gimiendo
- Agitación psicomotora
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Reporta hambre
- Suspirando
- Inquietud en situación

Factores relacionados

- Control inadecuado sobre medio ambiente
- Recursos sanitarios inadecuados
- Control situacional inadecuado
- Privacidad insuficiente
- Estímulos ambientales desagradables

Condiciones asociadas

- Síntomas relacionados con enfermedades de tratamiento
- Régimen de tratamiento

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soprote de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00183

Preparación para una mayor comodidad

Enfoque del diagnóstico: comodidad

Aprobado en 2006 • Revisado en 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Un patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y / o social, que puede fortalecerse.

Definir características

- Expresa el deseo de mejorar la comodidad.
- Expresa el deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción.
- Expresa el deseo de mejorar la relajación.
- Expresa el deseo de mejorar la resolución de quejas.

Este diagnóstico se clasifica en Clase 1 (Confort físico), Clase 2 (Confort ambiental) y Clase 3 (Confort social).

Soporte de literatura original disponible en www.thieme.com/nanda-i.

Dominio 12 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00054

Riesgo de soledad

Foco del diagnóstico: soledad

Aprobado en 1994 • Revisado en 2006, 2013 • Nivel de evidencia 2.1

Definición

Susceptible de experimentar molestias asociadas con el deseo o la necesidad de tener más contacto con los demás, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Privación afectiva
- Privación emocional
- Aislamiento físico
- Aislamiento social

Dominio 12 • Clase 3 • Código de diagnóstico 00053

Aislamiento social

Enfoque del diagnóstico: aislamiento social

Aprobado en 1982 • Revisado en 2017, 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Un estado en el que el individuo carece de un sentido de relación conectado a relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas.

Definir características

- Apariencia física alterada
- Expresa insatisfacción con el respeto de los demás.
- Expresa insatisfacción con la conexión social.
- Expresa insatisfacción con el apoyo social.
- Expresa soledad
- Afecto plano
- Hostilidad
- Capacidad deficiente para cumplir con las expectativas de los demás.
- Bajos niveles de actividades sociales
- Interacción mínima con los demás.
- Preocupación por los propios pensamientos
- Falta de propósito
- Contacto visual reducido
- Informa que se siente diferente a los demás
- Informa que se siente inseguro en público
- Afecto triste
- Reclusión impuesta por otros
- Sentido de alienación
- Comportamiento social incongruente con las normas culturales.
- Retiro social

Factores relacionados

- Disfunción cognitiva
 - Dificultad para establecer relaciones interpersonales recíprocas satisfactorias
- Dificultad para realizar actividades de la vida diaria.
- Dificultad para compartir las expectativas de la vida personal.
- Miedo al crimen
- Miedo al tráfico
- Movilidad física deteriorada
- Sistema de apoyo psicosocial inadecuado
- Habilidades sociales inadecuadas
- Apoyo social inadecuado
- Transporte inadecuado
- Baja autoestima
- Percepción negativa del sistema de apoyo
- Manifestaciones neuroconductuales
- Valores incongruentes con las normas culturales.

Población en riesgo

- Personas económicamente desfavorecidas
- inmigrantes
- Individuos que experimentan un rol social alterado

- Personas que experimentan la pérdida de su pareja
- Personas que viven solas
- Personas que viven lejos de otras personas significativas
- Personas que se mudan a lugares desconocidos
- Personas con historial de rechazo

Condiciones asociadas

- Enfermedad crónica
- Individuos con historia de evento traumático
- Personas con familiar enfermo
- Personas sin hijos
- Individuos institucionalizados
- Adultos mayores
- Individuos viudos
- Trastornos cognitivos

Dominio 13. Desarrollo del crecimiento

Aumentos apropiados para la edad en las dimensiones físicas, maduración de los sistemas de órganos y / o progresión a través de los hitos del desarrollo.

Clase 1. Crecimiento
Aumento de las dimensiones físicas o madurez del órgano.
sistemas

Código	Diagnóstico	Página
Actualmente, esta clase no contiene ningún diagnóstico.		

Clase 2. Desarrollo
Progreso o regresión a través de una secuencia de reconocidos hitos en la vida

Código	Diagnóstico	Página
00314	Retraso en el desarrollo infantil	568
00305	Riesgo de retraso en el desarrollo infantil	570
00315	Retraso en el desarrollo motor del lactante	571
00316	Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil	573

Dominio 13 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00314

Retraso en el desarrollo infantil

Foco del diagnóstico: desarrollo

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Niño que continuamente no logra alcanzar los hitos del desarrollo dentro del plazo previsto.

Definir características

- Dificultad constante para realizar las habilidades cognitivas típicas del grupo de edad.
- Dificultad constante para realizar las habilidades lingüísticas típicas del grupo de edad.
- Dificultad constante para realizar las habilidades motoras típicas del grupo de edad.
- Dificultad constante para realizar las habilidades psicosociales típicas del grupo de edad.

Factores relacionados

Factores de lactantes o niños

- Acceso inadecuado al proveedor de atención médica
- Comportamiento de apego inadecuado
- Estimulación inadecuada
- Abuso no abordado
- Descuido psicológico no abordado

Factores del cuidador

- Ansiedad
- Disminución del apoyo emocional. disponibilidad
- Síntomas depresivos
- Estrés excesivo
- Violencia doméstica no abordada

Población en riesgo

- Niños de 0 a 9 años
- Niños nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Niños expuestos a violencia comunitaria
- Niños expuestos a contaminantes ambientales
- Niños cuyos cuidadores tienen discapacidades del desarrollo
- Niños cuyas madres recibieron un cuidado prenatal inadecuado
- Niños con estándares de crecimiento por debajo de lo normal para la edad y el sexo
- Niños institucionalizados
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Farmacéutica prenatal preparativos
 - Trastornos congénitos
 - Depresión
 - Enfermedades genéticas congénitas
- Trastornos mentales maternos
 - Enfermedades físicas maternas
 - Abuso de sustancias prenatales
 - Trastornos de la sensibilidad

Dominio 13 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00305

Riesgo de retraso en el desarrollo infantil

Foco del diagnóstico: desarrollo
 Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 2.3

Definición

Niño que es susceptible de no lograr los hitos del desarrollo dentro del plazo previsto.

Factores de riesgo

Factores de lactantes o niños

- Acceso inadecuado a la atención médica
 - proveedor
 - Comportamiento de apego inadecuado
- Estimulación inadecuada
- Psicológico no abordado
- negligencia

Factores del cuidador

- Ansiedad
- Estrés excesivo
- Disminución del apoyo emocional. disponibilidad
- Violencia doméstica no abordada
- Síntomas depresivos

Población en riesgo

- Niños de 0 a 9 años
- Niños nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Niños expuestos a violencia comunitaria
- Niños expuestos a contaminantes ambientales
- Niños cuyos cuidadores tienen discapacidades del desarrollo
- Niños cuyas madres recibieron un cuidado prenatal inadecuado
- Niños con estándares de crecimiento por debajo de lo normal para la edad y el sexo
- Niños institucionalizados
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Bebés prematuros

Condiciones asociadas

- Farmacéutica prenatal preparativos
- Trastornos congénitos
- Depresión
- Enfermedades genéticas congénitas
- Trastornos mentales maternos
- Enfermedades físicas maternas
- Abuso de sustancias prenatales
- Trastornos de la sensibilidad

So
po
rte
de
lite
rat
ur
a
ori
gin
al
dis
po
nib
le
en
w
w
w.t
hie
me
.co
m/
na
nd
a-i.

57
0

Dominio 13 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00315

Retraso en el desarrollo motor del lactante

Enfoque del diagnóstico: desarrollo motor

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Individuo que constantemente no logra los hitos del desarrollo relacionados con el fortalecimiento normal de los huesos, los músculos y la capacidad para moverse y tocar el entorno.

Definir características

- Dificultad de elevación del
 - cabezal
 - Dificultad para mantener la cabeza
- Dificultad para recoger bloques
- Dificultad para ponerse de pie
 - Dificultad para darse la vuelta
- Dificultad para sentarse con apoyo
- Dificultad para sentarse sin apoyo
- Dificultad para ponerse de pie con ayuda
 - Dificultad para transferir objetos
- Dificultad con la mano y la rodilla
 - arrastrándose
- No participa en actividades
- No inicia actividades

Factores relacionados

Factores infantiles

- Dificultad con el procesamiento sensorial
- Insuficiente curiosidad
- Iniciativa insuficiente
- Insuficiente persistencia

Factores del cuidador

- Ansiedad por el cuidado infantil
- Lleva al bebé en brazos durante un tiempo excesivo
- No permite que el bebé elija actividades físicas.
- No permite que el bebé elija juguetes.
- No anima al bebé a agarrar
- No anima al bebé a alcanzar
 - No fomenta el juego suficiente del bebé con otros niños
- No involucra al bebé en juegos sobre partes del cuerpo.
- No enseña palabras de movimiento
- Juguetes de motricidad fina insuficientes para bebés
- Juguetes de motricidad gruesa insuficientes para bebés
- Tiempo insuficiente entre períodos de estimulación infantil
- Limita las experiencias del bebé en decúbito prono.
- Síntomas depresivos maternos posparto
- Percepción negativa del temperamento infantil
- Sobreestimulación del lactante
- Percepción de incompetencia en el cuidado infantil

Población en riesgo

- Niños
- Bebés de 0 a 12 meses
- Bebés nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Bebés nacidos de familias numerosas
- Bebés nacidos de padres con bajo nivel educativo
- Lactantes en unidades de cuidados intensivos
- Bebés que viven en casa con un espacio físico inadecuado
- Lactantes cuyas madres tenían una dieta prenatal inadecuada
- Bebés con estándares de crecimiento por debajo de lo normal para la edad y el sexo
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Bebés prematuros
- Bebés prematuros que no reciben fisioterapia durante la hospitalización

Condiciones asociadas

- Puntuación de 5 minutos en Apariencia, Pulso, Gri-mace, Actividad y Respiración (APGAR) <7
- Preparaciones farmacéuticas prenatales
- Condiciones médicas complejas
- Fracaso para prosperar
- Anemia materna al final del embarazo
- Trastornos de salud mental materna al comienzo del embarazo.
- Obesidad materna previa al embarazo
- Síndrome de abstinencia neonatal
- Trastornos del neurodesarrollo
- Infección posnatal del lactante prematuro
- trastornos de la sensibilidad

Dominio 13 • Clase 2 • Código de diagnóstico 00316

Riesgo de retraso en el desarrollo motor infantil

Enfoque del diagnóstico: desarrollo motor

Aprobado 2020 • Nivel de evidencia 3.1

Definición

Individuo susceptible de no lograr los hitos del desarrollo relacionados con el fortalecimiento normal de los huesos, los músculos y la capacidad para moverse y tocar el entorno.

Factores de riesgo

Factores infantiles

- Dificultad con el procesamiento sensorial
- Insuficiente curiosidad
- Iniciativa insuficiente
- Insuficiente persistencia

Factores del cuidador

- Ansiedad por el cuidado infantil
- Lleva al bebé en brazos durante un tiempo excesivo
- No permite que el bebé elija juguetes.
- No anima al bebé a agarrar
- No anima al bebé a alcanzar
 - No fomenta el juego suficiente del bebé con otros niños
- No involucra al bebé en juegos sobre partes del cuerpo.
- No enseña palabras de movimiento
- Juguetes de motricidad fina insuficientes para bebés
- Juguetes de motricidad gruesa insuficientes para bebés
- Tiempo insuficiente entre periodos de estimulación infantil
- Limita las experiencias del bebé en decúbito prono.
- Síntomas depresivos maternos posparto
- Percepción negativa del temperamento infantil
- Sobreestimulación del lactante
- Percepción de incompetencia en el cuidado infantil

Población en riesgo

- Niños
- Bebés de 0 a 12 meses
- Bebés nacidos de familias económicamente desfavorecidas
- Bebés nacidos de familias numerosas
- Bebés nacidos de padres con bajo nivel educativo
- Lactantes en unidades de cuidados intensivos
- Bebés que viven en casa con un espacio físico inadecuado
- Lactantes cuyas madres tenían una dieta prenatal inadecuada
- Bebés con estándares de crecimiento por debajo de lo normal para la edad y el sexo
- Lactantes de bajo peso al nacer
- Bebés prematuros

- Bebés prematuros que no reciben fisioterapia durante la hospitalización

Condiciones asociadas

- Puntuación de 5 minutos en Apariencia, Pulso, Gri-mace, Actividad y Respiración (APGAR) <7
- Preparaciones farmacéuticas prenatales
- Condiciones médicas complejas
- Fracaso para prosperar
- Anemia materna al final del embarazo
- Trastornos de salud mental materna al comienzo del embarazo.
- Obesidad materna previa al embarazo
- Síndrome de abstinencia neonatal
- Trastornos del neurodesarrollo
- Infección posnatal del lactante prematuro
- trastornos de la sensibilidad

Índice

A

abstracción, nivel de 182
intolerancia a la actividad 53
planificación de actividades 150
- inefplanificación de actividades efectivas 403
- riesgo de inefplanificación de actividades efectivas 404 tolerancia a la actividad 150
- disminución de la tolerancia a la actividad 280
- riesgo de tolerancia disminuida a la actividad 281 clase de actividad / ejercicio 150
dominio actividad / descanso 25, 27, 31, 34, 38, 150 agudo 173, 180
confusión aguda 51, 326
dolor agudo 51, 58, 86, 129, 135, 554
síndrome de abstinencia aguda de sustancias 150, 436
- síndrome de abstinencia aguda de sustancias 436
- riesgo de abstinencia aguda de sustancias síndrome 437
adolescente 171, 180
adulto 171, 180
lesión por presión en adultos 495
reacción adversa a los medios de contraste yodados, riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados 536
eje de edad 169, 180
adulto mayor 171, 180
espacio libre de las vías respiratorias 150
- ineflimpieza efectiva de las vías respiratorias 468 reacción alérgica 150
reacción alérgica, riesgo de reacción alérgica 537 ansiedad 51, 84, 150, 405
- ansiedad 405
aplicaciones, uso del diagnóstico de enfermería 90 aspiración 150
- riesgo de aspiración 469 evaluación
- se aproxima a 116
- como proceso de diálogo 116
- como proceso holístico 115
- como resolución de problemas 116, 118
- razonamiento clínico 113
- recopilación de datos 116
- diagnósticos, potencial 134

- diagnosticar / priorizar 135
- comparación de diagnóstico 132-133
- confirmación de diagnóstico 131
- eliminación de diagnóstico 130, 132
- hipótesis diagnósticas 129
- refinamiento diagnóstico 128, 129-130
- diffdiagnóstico diferencial 134
- FHP 118-122
- FHPAST 122
- en profundidad 128, 130
- parcial 120
- principios 82, 91
- poner en pantalla 120
condiciones asociadas 63, 181
Asociación de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) 101
poblaciones en riesgo 63, 85, 181 adjunto 150
- riesgo de apego deteriorado 369
clase de atención 150
disreflexia autonómica 150, 438
- disreflexia autonómica 438
- riesgo de disreflexia autonómica 440 definiciones de ejes 178

B

campo de energía equilibrado, campo de energía desequilibrado 291
volumen de líquido equilibrado, riesgo de volumen de líquido desequilibrado 243
nutrición equilibrada, nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales 213
bañarse autocuidado 150
- bañarse déficit de autocuidado 316 bañarse déficit de autocuidado 316
clase de creencias 150
sangrado 150
- riesgo de sangrado 470
nivel de glucosa en sangre, riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable 236
cuerpo 172
imagen corporal, imagen corporal alterada 355 clase de imagen corporal 150 intestino 172
Incontinencia intestinal 167

- Brasil 96
- seno 172
- producción de leche materna,
 - insuficiente de leche materna 216
- amamantamiento 147, 150
- ineffectancia materna efectiva 217
- lactancia materna interrumpida 219
- preparación para una mejor lactancia materna 220 Patrón de respiración 150
- ineffectpatrón de respiración efectiva 295

C

- cardíaco 172
- salida cardíaca 150
- disminución del gasto cardíaco 297
- riesgo de disminución del gasto cardíaco 299 cardiovascular 172
- función cardiovascular, riesgo de deterioro de la función cardiovascular 300
- clase de respuestas cardiovasculares / pulmonares 150 cuidador 169, 179
- tensión del rol del cuidador 364 clase de roles de cuidador 150
- cerebral 172
- niño 171, 180
- lesión por presión infantil 499
- proceso de maternidad 147, 150
- ineffectproceso de maternidad efectivo 388
- disposición para mejorar la maternidad proceso 391
- riesgo de ineffectproceso de maternidad efectivo 390 crónico 173, 180
- confusión crónica 328
- estreñimiento funcional crónico 261 baja autoestima crónica 348
- dolor crónico 80, 555
- síndrome de dolor crónico 80, 150, 557
- síndrome de dolor crónico 557
- dolor crónico 51, 434
- clasificación 139, 143, 144, 182 razonamiento clínico
- evaluación 113
- evaluación, holístico 115
- diagnosticar / priorizar 135
- confirmación de diagnóstico 131
- eliminación de diagnóstico 132
- hipótesis diagnósticas 126, 129
- refinamiento diagnóstico 128, 129-130
- presencia auténtica intencional 114

- Introducción 109
- conociendo a la persona 115
- relación enfermera-paciente 113
- proceso de enfermería 109, 113
- formación de patrones 110–112
- datos subjetivos vs. objetivos 117
- clase de cognición 150
- comodidad
 - comodidad deteriorada 551, 560, 562
 - preparación para una mayor comodidad 552, 561, 563
- dominio de la comodidad 31, 37, 80, 134, 150
 - Comisión de Organización de la Práctica de Enfermería (COMSISTE ABEn Nacional) 97
- comunicación, disposición para mejorar la comunicación 335
- clase de comunicación 150
- comunidad 169, 179
- Complicado 170
- componentes del diagnóstico 180
- comprometido 170
- afrentamiento familiar comprometido 412
- conflicto 166
- confusión 150
 - confusión aguda 326
 - confusión crónica 328
 - riesgo de confusión aguda 327
- Consejo Nacional de Enfermería (Organización Nacional de Enfermeras de España) 102
- estreñimiento 51, 84, 150, 257
 - estreñimiento 257
 - estreñimiento percibido 260
 - riesgo de estreñimiento 259
- contaminación 150, 530
 - contaminación 530
 - riesgo de contaminación 532
- continencia, alteración de la continencia intestinal 265 continuo 173, 180
- reacción a los medios de contraste 150 albardilla
 - afrontamiento familiar comprometido 412
 - afrontamiento defensivo 407
 - afrontamiento familiar discapacitado 414
 - inefrafrontamiento comunitario efectivo 410
 - inefrafrontamiento efectivo 408
 - preparación para una comunidad mejorada albardilla 411
 - disposición para afrontar mejor 409
 - preparación para un mejor afrontamiento familiar 415

clase de respuestas de afrontamiento 150
 dominio de afrontamiento / tolerancia al estrés
 25, 28, 31, 35,
 38, 134, 150
 COVID-19 7

D

datos

- hipótesis diagnósticas 126
 - agrupación / patrón de
 información reconocimiento
 126

- subjetivo vs objetivo 117

ansiedad por la muerte 150,
 416

- ansiedad por la muerte 416

Toma de decisiones 150

toma de decisiones, disposición para mejorar
 la toma de decisiones 451

conflicto decisional 166, 452

- conflicto decisional

452 disminuido

- tolerancia a la actividad 53, 178

- salida cardíaca 66

- definido 170

disminución de la tolerancia a la
 actividad 280 disminución del
 gasto cardíaco 297

disminución de la participación en actividades
 de diversión 188 defensivo 170

afrontamiento defensivo 407

clase de procesos defensivos

150 salud comunitaria

deficiente 197 volumen de

líquido deficiente 86, 244

conocimiento deficiente 331

deficiente / deficitario 170

definir características 84–85

definición 180

demorado 170

retraso en el desarrollo infantil 568

retraso en el desarrollo motor infantil

571 recuperación quirúrgica retrasada

514 técnica Delphi 66 negación 150

- inefnegación efectiva

418 dentición 150

- dentición deteriorada

471 privación 170

desarrollar, presentar diagnóstico de

enfermería 174 desarrollo

- retraso en el desarrollo infantil 568

mi

- foco de 166, 168, 179, 179
- estado de 173, 180
- materia de 167, 179

códigos de diagnóstico por dominio
/ clase 150 etiqueta de diagnóstico
180

validez diagnóstica, ver criterios de
evidencia diarrea 267

- Diarrea 267

incontinencia asociada a discapacidad,
incontinencia urinaria asociada a
discapacidad 249

incontinencia urinaria asociada a
discapacidad 249 discapacitado 170

afrontamiento familiar discapacitado 414
desestructurado 170

comportamiento infantil desorganizado 443

imagen corporal alterada 355

síndrome de identidad familiar perturbada
134-135,
150, 370

- síndrome de identidad familiar perturbada
370
- riesgo de alteración de la identidad familiar
síndrome 372

identidad personal alterada 345

patrón de sueño alterado 80,
279 proceso de pensamiento
perturbado 334 síndrome de
desuso 150

- riesgo de síndrome de desuso 282

participación en actividades de diversion,
disminución

- participación en actividades de
diversion 188 vestirse para el cuidado
personal, vestirse para el cuidado
personal
déficit 317

vestirse déficit de
autocuidado 317 ojo seco
150

- riesgo de ojo seco 472

autocontrol del ojo seco, inefautocontrol
eficaz del ojo seco 473

boca seca 150

- riesgo de boca seca 475

disfuncional 170

Respuesta de destete ventilatorio
disfuncional del adulto 314

procesos familiares disfuncionales 131,
165, 373 motilidad gastrointestinal
disfuncional 268 destete ventilatorio
disfuncional
ponse 64, 312

dinámica alimenticia 52

- inefDinámica de alimentación efectiva de
los adolescentes. 221

- inefdinámica de alimentación infantil
efectiva 222

equilibrio de electrolitos, riesgo de
desequilibrio de electrolitos 242

historiales médicos electrónicos (HCE) 87,
94–95, 98, 102–103

eliminación, eliminación urinaria alterada
250 eliminación / cambio de dominio 25, 27,
31, 33,
38, 150

intento de fuga 150

- riesgo de intento de fuga 192

emancipado 170 toma de
decisiones emancipada

- toma de decisiones emancipada
deteriorada 453
- preparación para una toma de decisiones
emancipada mejorada 455
- riesgo de toma de decisiones
emancipada deteriorada 454

control emocional 150

- control emocional lábil 329

clase de balance energético 150
mejorado 170 clase de confort
ambiental 150 clase de peligros
ambientales 150 principios de
evaluación 90 criterios de
evidencia

- definiciones 57
- niveles de validez 59, 62
- teoría de la validez 58

exceso 170

exceso de volumen de líquido 246

participación en el ejercicio, disposición
para mejorar la participación en el
ejercicio 196

ojo 172

F

caídas 150

- riesgo de caídas en adultos 476
- riesgo de caídas en el
niño 478 familia 169,
179

procesos familiares 134, 150

- procesos familiares disfuncionales 373
- procesos familiares interrumpidos 376
- preparación para una familia mejorada
procesos 377

clase de relaciones familiares
150 fatiga 51, 80, 84, 150,
292

- fatiga 292

temor 51, 150, 165, 169, 419

- temor 419

Consejo Federal de Enfermería (COFEN) 96
dinámica de alimentación, inefalalimentación
infantil efectiva
 dinámica 224
alimentando el autocuidado 150
- alimentando el déficit de
autocuidado 318 alimentando el
déficit de autocuidado 318
mutilación genital femenina 150,
167
- riesgo de mutilación genital femenina
521 feto 171, 180
volumen de fluido 150
- volumen de líquido deficiente 244
- exceso de volumen de líquido 246
- riesgo de volumen de líquido deficiente
245 foco del eje de diagnóstico 166, 168,
179, 179 síndrome del anciano frágil
150, 193
- síndrome del anciano frágil 193
- riesgo de síndrome de anciano
frágil 195 funcional 170
estreñimiento funcional
- estreñimiento funcional crónico 261
- riesgo de estreñimiento funcional crónico 263
Marco de evaluación de patrones de salud
funcional
 trabajo (FHPAF) 118-122
Herramienta de evaluación de patrones de
salud funcional (FHPAST) 122
Patrones funcionales de salud (FHP) 82

GRAMO

intercambio de gases, alteración del
intercambio de gases 270
gastrointestinal 172
motilidad gastrointestinal 150
- motilidad gastrointestinal disfuncional 268
- riesgo de disfunción gastrointestinal
 motilidad 269
genital 172
mutilacion genital 167
afligido 150
- duelo inadapado 421
- disposición para un mayor duelo 424
- riesgo de duelo inadapado 423 grupo
169, 179 dominio de crecimiento /
desarrollo 25, 29, 150

H

salud, salud comunitaria deficiente 197
La salud como conciencia en expansión
(HEC) 116

- alfabetización en salud, preparación para mejorar la alfabetización en salud 189
- conductas de mantenimiento de la salud,
 - ineffcomportamientos de mantenimiento de la salud efectiva 199
- diagnóstico de promoción de la salud 80, 177
- dominio de promoción de la salud 25-26, 30-31, 38, 150
- autogestión de la salud
 - ineffautogestión efectiva de la salud familiar 204
 - ineffautogestión de la salud efectiva 201
 - preparación para mejorar la autogestión de la salud 203
- comportamientos de mantenimiento del hogar
 - ineffmantenimiento efectivo del hogar comportamientos 206
 - preparación para un mejor mantenimiento del hogar comportamientos 208
 - riesgo de ineffmantenimiento efectivo del hogar comportamientos 207
- esperar
 - desesperación 341
 - disposición para una mayor esperanza 343
- desesperación 51, 58, 150, 341
- dignidad humana 150
 - riesgo de dignidad humana comprometida 344
- hiperbilirrubinemia
 - hiperbilirrubinemia neonatal 238
 - riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal 239
- hipertensión 88
- hipertermia 539
 - hipertermia 539
- hipertermia / hipotermia 51, 150, 174
- hipotermia 540
 - hipotermia 540
 - hipotermia neonatal 542
 - riesgo de hipotermia 541
 - riesgo de hipotermia neonatal 544

| identificar el diagnóstico fuera de la experiencia 147,

148

desequilibrado 170

campo de energía desequilibrado 291

nutrición desequilibrada: menos que el cuerpo

requisitos 213

transición de inmigración 150

dañado
- definido 170
- memoria 84, 134, 150
- integridad de la membrana mucosa oral 84
- movilidad física 80
- Resiliencia 82
- integridad de la piel 52, 150, 167
- integridad del tejido 52, 129, 150
- eliminación urinaria 53
- caminando 50
movilidad reducida en la cama
283 continencia intestinal
alterada 265 comodidad
deteriorada 551, 560, 562
dentición deteriorada 471
toma de decisiones emancipada
deteriorada 453 intercambio de gases
alterado 270
deterioro de la memoria 333
alteración de la regulación del
estado de ánimo 425 alteración
de la membrana mucosa oral
integridad 488
paternidad deteriorada 359
movilidad física alterada 284
religiosidad deteriorada 457
resiliencia deteriorada 430

sentado impedido 287
integridad de la piel deteriorada 508
interacción social deteriorada 384
ventilación espontánea alterada 305
de pie impedido 288 dificultad para
tragar 234 integridad del tejido
deteriorada 517 capacidad de
transferencia deteriorada 289
alteración de la eliminación urinaria
250 comunicación verbal
deteriorada 336 caminar impedido
290
movilidad reducida en silla de
ruedas 285 control de los
impulsos 150
- inefectivo control efectivo de los
impulsos 330 inadecuado 170
apoyo familiar inadecuado
86 incontinencia 150, 167
- incontinencia urinaria mixta 251
- riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
254
- incontinencia urinaria de esfuerzo 252
- incontinencia urinaria de urgencia
253 intervenciones de enfermería
independientes 182 individual 167,
179
inefectivo
- planificación de actividades 82, 84

- espacio libre de las vías respiratorias 72

- amamantamiento 86

580

- Patrón de respiración 72

- afrontamiento de la comunidad 165

- albardilla 51, 134

- definido 170

- comunicación familiar 132

- relación 134

- patrón de sexualidad 165

ineffplanificación de actividades efectivas
403

ineffDinámica de alimentación efectiva de los
adolescentes. 221

inefflimpieza efectiva de las vías respiratorias
468

inefflactancia materna efectiva 217

ineffpatrón de respiración efectiva 295

ineffdinámica de alimentación infantil
efectiva 222

ineffproceso de maternidad efectivo 388

ineffafrontamiento comunitario efectivo 410

ineffafrontamiento efectivo 408

ineffnegación efectiva 418

ineffautocontrol eficaz del ojo seco 473

ineffautogestión efectiva de la salud familiar 204

ineffcomportamientos de mantenimiento de la
salud efectiva 199

ineffautogestión de la salud efectiva 201

ineffcomportamientos efectivos de
mantenimiento del hogar 206

ineffcontrol efectivo de los impulsos 330

ineffdinámica de alimentación infantil
efectiva 224

ineffRespuesta efectiva de succión y
deglución del lactante. 232 ineffautocontrol

efectivo del linfedema 301 ineffperfusión

tisular periférica eficaz 310 ineffprotección

efectiva 209 ineffrelación efectiva 378

ineffdesempeño efectivo del rol

382 ineffpatrón de sexualidad
efectiva 387

inefftermorregulación efectiva

546 infantil 171, 180

bebé llorando en el pecho86

bebé incapaz de agarrarse correctamente
al pecho materno 86

infección, riesgo de infección

466 clase de infección 150

lesión 150

- Lesión del complejo areolar-pezón 482

- riesgo de lesión corneal 481

- riesgo de lesiones 480

- riesgo de lesión del complejo areolar-pezón
484

- riesgo de lesión del tracto urinario 485

insuficiente producción de leche
materna 216 integridad 167
intermitente 173, 180 Revista
Internacional de Enfermería
 Conocimiento 95
interrumpido 170
lactancia materna interrumpida 219
procesos familiares interrumpidos 134, 376
intervención 87
conocimiento intuitivo 115

J

Japón 98
eje de juicio 169, 170, 179, 179 términos
de juicio, lista y definiciones 170

K

Kamitsuru's Modelo tripartito de práctica de
 enfermería 88, 89
conocimiento 150
- conocimiento deficiente 331
- disposición para mejorar el conocimiento
332

L

lábil 170
control emocional lábil 329
el dolor del parto 558
- el dolor del parto 558
reacción alérgica al látex 150
reacción alérgica al látex, riesgo de
 reacción alérgica al látex 538
criterios de nivel de evidencia
- Validez causal de la variable de exposición
73
- validez causal, específica del diagnóstico 73
- cambios, revisiones 57, 62
- validez de constructo clínico 69–70
- validez clínica 67–68
- validez conceptual 63
- validez conceptual de los elementos 64
- características definatorias
 generalizables validez 72
- validez demográfica 68–69
- componentes de diagnóstico / relación
 con resultados e intervenciones 63
- validez avanzada del contenido de
diagnóstico 67
- validez consolidada del contenido
diagnóstico 67
- validez inicial del contenido diagnóstico 66
- validez potencial del contenido diagnóstico
66
- validez del contenido de diagnóstico
sesenta y cinco

- validez discriminante 71
- etiqueta solamente 61
- etiqueta / definición 61
- validez pronóstica 71–72
- propuesta recibida para el desarrollo 61, 62
- validez cualitativa 68
- factores relacionados / de riesgo validez generalizada 74
- validez selectiva (cribado clínico) 70–71
- validez terminológica sesenta y cinco
- inclusión de terminología / pruebas clínicas 62, 63
- validez teórico-causal 64
- dominio de principios de vida 31, 36, 150
- estilo de vida, estilo de vida sedentario 190
- hígado 172
- función hepática, riesgo de insuficiencia hepática 240
- eje de ubicación 169, 172, 180
- soledad 150
 - riesgo de soledad 564
- bajo 170
- linfa 172
- autocontrol del linfedema 150
 - ineffectocontrol efectivo del linfedema 301
 - riesgo de ineffectocontrol efectivo del linfedema 303

METRO

- inadaptado 170
- duelo inadaptado 112, 421
- ansiedad materna 86
- díada materno-fetal 150
 - riesgo de alteración de la díada materno-fetal 392
- Encabezados de materias médicas (MeSH) 24
- memoria, memoria deteriorada 333
- síndrome metabólico 150
 - riesgo de síndrome metabólico 241
- México 98
- mezclado 170
- incontinencia urinaria mixta 251
- movilidad 150
 - movilidad reducida en la cama 283
 - movilidad física alterada 284
 - movilidad reducida en silla de ruedas 285
- regulación del estado de ánimo 150, 166
 - alteración de la regulación del estado de ánimo 425
- angustia moral 150, 456
 - angustia moral 456

- retraso en el desarrollo motor infantil 571
- riesgo de retraso motor infantil desarrollo 573
- boca 172
- integridad de la membrana mucosa 150
- alteración de la membrana mucosa oral integridad 488
- riesgo de alteración de la membrana mucosa oral integridad 490
- membranas mucosas 172

norte

- Nombre legal de NANDA International, Inc. 45 Diagnósticos de enfermería de NANDA-I: definiciones y clasificación 93-94
- Taxonomía NANDA-I II
- eje de edad 169, 180
 - como sistema multiaxial 165
 - como lenguaje de enfermería reconocido 164
 - definiciones de ejes 178
 - caso de estudio 149
 - estructura de código 164
 - códigos de diagnóstico por dominio / clase 150
 - construcción del concepto de diagnóstico 165
 - dominios, clases 143, 144-145, 150
 - foco del eje de diagnóstico 166, 168, 179, 179
 - historia de 150
 - identificar el diagnóstico fuera de la experiencia 147, 148
 - eje de juicio 169, 170, 179, 179
 - eje de ubicación 169, 172, 180
 - estado del eje de diagnóstico 173, 180
 - estructura de 144, 150, 164
 - estructurar los planes de estudio de enfermería 145, 146
 - tema del eje de diagnóstico 167, 179
 - eje del tiempo 173, 180
 - náusea 84, 553
 - náusea 553
 - negligencia 150
 - síndrome de abstinencia neonatal 150, 442
 - síndrome de abstinencia neonatal 442 hiperbilirrubinemia neonatal 238 hipotermia neonatal 174, 542
 - lesión por presión neonatal 503
 - neonato 171, 180 clase de estrés neuroconductual 150 neurovascular 172 función neurovascular 150

- riesgo de neurovascular periférico disfunción 491
- Lesión del complejo areolar-pezón 482
- nomenclatura 182
- clasificaciones de enfermería 95
- diagnósticos de enfermería
 - cambios / revisiones 24, 25, 30, 31
 - mejoras de consistencia 43
 - definido 80, 85, 177
 - desarrollando, sometiendo 174
 - codificación del indicador de diagnóstico 43
 - educación / práctica 93
 - puntos en común globales 93
 - nivel de granularidad 52
 - respuesta humana 7, 54
 - implementación de 96
 - estandarización de términos indicadores 41
 - etiquetas, cambios a 37, 38
 - refinamiento / desarrollo de 51
 - regulación de 45
 - retirado 37, 39
 - alcance de la práctica 46–47
 - síntomas vs. 51, 58
 - términos asociados con, definiciones 182
 - mejoras de traducción 41, 53
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 87 proceso de enfermería 109, 113
- resultados sensibles a la enfermería 182 plan de atención sensible a la enfermería 182
- nutrición, preparación para mejorar nutrición 215
- dominio de la nutrición 25, 27, 30–31, 38, 134, 150

O

- obesidad 52, 226
 - obesidad 226 datos
- objetivos 117 lesión
- ocupacional 150
 - riesgo de lesiones profesionales 534 adulto mayor 171, 180
- oral 172
- comportamiento organizado 150
 - comportamiento infantil desorganizado 443
 - preparación para un bebé organizado mejorado comportamiento 446
 - riesgo de comportamiento infantil desorganizado 445 clase de orientacion150
- violencia dirigida a otros, riesgo de violencia dirigida a otros 522

- sobrecarga 170
- exceso de peso 52, 228
- exceso de peso 228
- riesgo de sobrepeso 230

PAG

- uso de chupete 86
- dolor
 - dolor agudo 554
 - dolor crónico 555
- conflicto de rol de los padres 381 paternidad 147, 150
 - paternidad deteriorada 359
 - disposición para mejorar la crianza de los hijos 363
 - riesgo de paternidad deteriorada 361 evaluación parcial 120
- Pacientes' Percepciones de sentimientos conocidos por su escala de enfermera (PPFKNS) 115
- formación de patrones 110–112 percibido 170 estreñimiento percibido 260 dominio de percepción / cognición 25, 28, 31, 35, 150
- perioperatori o
 - hipotermia 150
 - lesión por posicionamiento 150
- hipotermia perioperatoria, riesgo de hipotermia perioperatoria 545
- lesión de posición perioperatoria, riesgo de lesión de posición perioperatoria 486
- periférico 172
- Comisión Permanente de Enfermería (PNC) 99 Identidad personal 134, 150
 - identidad personal alterada 345
 - riesgo de alteración de la identidad personal 346 Perú 99
- Ley de Enfermería Peruana de 2002 100 Derecho Universitario Peruano 1983 99 comodidad física 80
- clase de comodidad física 150 clase de lesiones físicas 150
- trauma físico, riesgo de trauma físico 492
- plan de cuidado 86, 182
- planificación, principios de intervención 87, 91 envenenamiento 150
 - riesgo de envenenamiento 535
- clase de respuestas postraumáticas 150 síndrome postraumático 150, 396

- síndrome de violación-trauma 399
 - preparación para
 - definido 170, 173
 - autogestión mejorada de la salud 84
- riesgo de síndrome postraumático 398 poder 150
 - impotencia 426
 - disposición para potencia mejorada 429
 - riesgo de impotencia 428
 - impotencia 426 lesión por presión 150
 - lesión por presión en adultos 495
 - lesión por presión infantil 499
 - lesión por presión neonatal 503
 - riesgo de lesiones por presión en adultos 497
 - riesgo de lesión por presión infantil 501
 - riesgo de lesión por presión neonatal 505 principios del diagnóstico de enfermería
 - aplicaciones, uso de 90
 - evaluación 82, 91
 - condiciones asociadas 85
 - juicio clínico 83
 - equipo colaborativo de asistencia sanitaria 78, 78
 - partes componentes de 180
 - conocimiento del concepto 82
 - definir características 84–85, 181
 - definiciones 84–85
 - diagnosticar 84, 91
 - evaluación 90
 - diagnóstico de promoción de la salud 80
 - aprendizaje, formato utilizado para 86
 - Taxonomía NANDA-I 79–80
 - visión de conjunto 78
 - planificación, intervención 87, 91
 - priorización 84
 - diagnóstico centrado en el problema 80, 84
 - proceso de diagnóstico 81, 81
 - factores relacionados 84–85, 181
 - diagnóstico de riesgo 80, 84
 - síndromes 80, 178
 - diagnóstico centrado en el problema
 - definido 177
 - principios de 80, 84 valor centrado en el problema 173 asociaciones profesionales 95 protección, ineffectiva 209

R

síndrome de violación-trauma 150, 399

- mayor resiliencia 134-135
preparación para una mejor lactancia materna 220 disposición para mejorar la maternidad proceso 391
preparación para una mayor comodidad 552, 561, 563 disposición para mejorar la comunicación 335
preparación para una comunidad mejorada
albardilla 411
disposición para afrontar mejor 409
disposición para mejorar la toma de decisiones 451 disposición para una mejor decisión emancipada haciendo 455
preparación para una mayor participación en el ejercicio 196
preparación para un mejor afrontamiento familiar 415
preparación para procesos familiares mejorados 377 disposición para un mayor duelo 424 preparación para mejorar la alfabetización en salud 189 preparación para mejorar la salud
administración 203
preparación para mejorar los comportamientos de mantenimiento del hogar 208
disposición para una mayor esperanza 343 disposición para mejorar el conocimiento 332
preparación para una nutrición mejorada 215 preparación para un bebé organizado mejorado comportamiento 446
disposición para mejorar la crianza de los hijos 363
disposición para potencia mejorada 429 preparación para una relación mejorada 380
disposición para una mayor religiosidad 459 preparación para una mayor resiliencia 433
disposición para un mejor cuidado personal 320
disposición para mejorar el autoconcepto 347 disposición para dormir mejor 278
disposición para mejorar el bienestar espiritual
ser 449
factores relacionados 84–85, 181

relación

- inefrelación efectiva 378
- preparación para una relación mejorada 380
- riesgo de inefrelación efectiva 379
religiosidad 150
- religiosidad deteriorada 457
- disposición para una mayor religiosidad 459
- riesgo de religiosidad deteriorada 458
síndrome de estrés por reubicación 134, 150, 400
- síndrome de estrés por reubicación 400
- riesgo de síndrome de estrés por reubicación 402

clase de reproducción 150
 Republica de Irlanda 101
 Resiliencia 150
 - resiliencia deteriorada 430
 - preparación para una mayor resiliencia 433
 - riesgo de deterioro de la
 resiliencia 432 retencion
 - riesgo de retención urinaria 256
 - retención urinaria 255
 diagnóstico de riesgo
 - definiciones 85, 177, 181
 - principios de 80,
 84 riesgo para
 - lesión por presión en adultos 84
 - tensión del rol del cuidador 86
 - transición de inmigración complicada 82
 - definido 170, 173
 - caídas 86
 - nivel de glucosa en sangre inestable 129,
 134-135
 - presión arterial inestable 88
 riesgo de confusión aguda 327
 riesgo de síndrome de abstinencia
 aguda de sustancias 437
 riesgo de caídas en adultos 476
 riesgo de lesiones por presión en adultos 497
 riesgo de reacción adversa a los medios de
 contraste yodados 536
 riesgo de reacción alérgica
 537 riesgo de aspiración
 469
 riesgo de disreflexia autonómica
 440 riesgo de sangrado 470
 riesgo de tensión en el rol del
 cuidador 367 riesgo de caídas
 en el niño 478
 riesgo de lesión por presión infantil 501
 riesgo de estreñimiento funcional crónico
 263 riesgo de baja autoestima crónica 350
 riesgo de una transición
 migratoria complicada 395
 riesgo de dignidad humana
 comprometida 344 riesgo de
 estreñimiento 259
 riesgo de
 contaminación 532 riesgo
 de lesión corneal 481
 riesgo de tolerancia disminuida a la
 actividad 281 riesgo de disminución del
 gasto cardíaco 299
 riesgo de disminución de la perfusión del
 tejido cardíaco 308 riesgo de volumen de
 líquido deficiente 245

riesgo de recuperación quirúrgica tardía 516
riesgo de comportamiento infantil desorganizado 445
riesgo de alteración de la identidad familiar
 síndrome 372
riesgo de alteración de la díada materno-fetal 392
riesgo de alteración de la identidad personal 346
riesgo de síndrome de desuso 282
riesgo de ojo seco 472
riesgo de boca seca 475
riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional 269
riesgo de desequilibrio electrolítico 242
riesgo de intento de fuga 192
riesgo de mutilación genital femenina 521
riesgo de síndrome de anciano frágil 195
riesgo de hipotermia 541
riesgo de volumen de líquido desequilibrado 243
riesgo de apego deteriorado 369
riesgo de deterioro de la función cardiovascular 300
riesgo de decisión emancipada deteriorada haciendo 454
riesgo de deterioro de la función hepática 240
riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral 490
riesgo de paternidad deteriorada 361
riesgo de religiosidad deteriorada 458
riesgo de deterioro de la resiliencia 432
riesgo de deterioro de la integridad de la piel 510
riesgo de deterioro de la integridad del tejido 519
riesgo de ineffectiva planificación de actividades efectivas 404
riesgo de ineffectivo tejido cerebral efectivo perfusión 309
riesgo de ineffectivo proceso de maternidad efectivo 390
riesgo de ineffectivo mantenimiento efectivo del hogar comportamientos 207
riesgo de ineffectivo autocontrol efectivo del linfedema 303
riesgo de ineffectiva perfusión tisular periférica eficaz 311
riesgo de ineffectiva relación efectiva 379
riesgo de ineffectiva termorregulación efectiva 547
riesgo de infección 466
riesgo de lesiones 480
riesgo de reacción alérgica al látex 538
riesgo de soledad 564
riesgo de duelo inadaptado 423
riesgo de síndrome metabólico 241

- dominio de seguridad / protección 25, 28, 31, 36, 38, 134, 150
- evaluación de detección 120
- sedentario 170
- estilo de vida sedentario 190

- riesgo de lesión por presión neonatal 505
- riesgo de lesión del complejo areolar-pepón 484
- riesgo de lesiones profesionales 534
- riesgo de violencia dirigida por otros 522
- riesgo de sobrepeso 230
- riesgo de hipotermia perioperatoria 545
- riesgo de lesión de posición perioperatoria 486
- riesgo de neurovascular periférico disfunción 491
- riesgo de trauma físico 492
- riesgo de envenenamiento 535
- riesgo de síndrome postraumático 398
- riesgo de impotencia 428
- riesgo de síndrome de estrés por reubicación 402
- riesgo de violencia autodirigida 523
- riesgo de automutilación 526
- riesgo de shock 507
- riesgo de baja autoestima situacional 353
- riesgo de angustia espiritual 462
- riesgo de muerte súbita del lactante 512
- riesgo de suffubicación 513
- riesgo de comportamiento suicida 528
- riesgo de infección del sitio quirúrgico 467
- riesgo de lesión térmica 487
- riesgo de trombosis 307
- riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable 236
- riesgo de presión arterial inestable 306
- riesgo de incontinencia urinaria de urgencia 254
- riesgo de retención urinaria 256
- riesgo de lesión del tracto urinario 485
- riesgo de trauma vascular 494
- propenso al riesgo 170
- comportamiento de salud propenso a riesgos 198
- conflicto de roles, conflicto de roles de los padres 381
- desempeño de roles, ineffectivo papel efectivo rendimiento 382
- clase de desempeño de roles 146, 150
- dominio de relaciones de roles 25, 28, 31, 35, 134, 146, 150
- tensión de rol
 - tensión del rol del cuidador 364
 - riesgo de tensión en el rol del cuidador 367

autocuidado, disposición para un mejor
cuidado personal 320 clase de autocuidado
150

autoconcepto, disposición para
mejorar el autoconcepto 347

clase de autoconcepto 150

violencia autodirigida, riesgo de
violencia autodirigida 523

autoestima

- baja autoestima crónica 348
- riesgo de baja autoestima crónica 350
- riesgo de baja autoestima situacional 353
- baja autoestima situacional 351

clase de autoestima 150

automutilación 150, 524

- riesgo de automutilación 526
- automutilación 524

auto-negligencia 150, 321

- auto-negligencia 321

dominio de la autopercepción 31, 35,
134, 150 clase de sensación /
percepción 150 disfunción sexual
50, 386

función sexual, disfunción sexual
386 clase de función sexual 147, 150

clase de identidad sexual 150

dominio de la sexualidad 150

patrón de sexualidad 165

- inefectivo patrón de sexualidad

efectiva 387 choque 150

- riesgo de shock 507

sentado, sentado

impedido 287 sentado /
de pie 150 situacional
170

baja autoestima situacional 351

piel 172

integridad de la piel

- integridad de la piel deteriorada 508
- riesgo de deterioro de la
integridad de la piel 510 dormir
- disposición para dormir mejor 278
- la privación del sueño 276

la privación del sueño 276

patrón del sueño 150

- patrón de sueño alterado
279 clase de sueño /

descanso 150 SNOMED
CT 102

clase de confort social 150

interacción social, interacción
social deteriorada 384

aislamiento social 80, 150, 565

- aislamiento social
565
- tristeza 150
- dolor crónico 434
- España 101
- angustia espiritual 65, 150, 460
- riesgo de angustia espiritual 462
- angustia espiritual 460
- bienestar espiritual 150
- preparación para un mayor bienestar
espiritual 449
- ventilación espontánea 150
- ventilación espontánea alterada 305
- presión arterial estable 150
- riesgo de presión arterial inestable
306
- de pie, de pie impedido 288
- estado del eje de diagnóstico 173,
180
- estrés 150
- sobrecarga de estrés 435
- sobrecarga de estrés 435
- incontinencia urinaria de esfuerzo
167, 252
- estructurar los planes de
estudio de enfermería 145, 146
- sujeto
del eje de diagnóstico 167, 179
- información subjetiva 117
- respuesta chupar-tragar, ineffRespuesta
efectiva de succión y deglución del
lactante. 232
- la muerte súbita 150
- riesgo de muerte súbita del
lactante 512
- suffubicación 150
- riesgo de suffubicación 513
- comportamiento suicida 150
- riesgo de comportamiento
suicida 528
- recuperación
quirúrgica 150
- recuperación quirúrgica retrasada 514
- riesgo de recuperación quirúrgica
tardía 516
- infección del sitio
quirúrgico 150
- riesgo de infección del sitio
quirúrgico 467
- pérdida sostenida de
peso infantil 86
- tragar, dificultad
para tragar 234
- síndromes 80, 178

T

- taxonomía
- clases, tipos 142
- clasificación 139, 143, 144, 182
- definido 138, 164, 182
- dominios, clases 140, 144
- introducción a 138, 140, 142
- terminología vs. 138-139
- terminología

- nomenclatura 182
- prioridades de investigación 50
- fuentes 8
- taxonomía vs. 138-139
- facilidad de uso de 54–55
- lesión térmica 150
 - riesgo de lesión térmica
- 487 termorregulación
 - ineffectuorregulación efectiva 546
 - riesgo de ineffectuorregulación efectiva
- 547 clase de termorregulación 150
- proceso de pensamiento 150
 - proceso de pensamiento perturbado 334
- Modelo de tres pilares de la práctica de enfermería 88, 89
- trombosis, riesgo de trombosis 307
- eje del tiempo 173, 180
- tejido 172
- integridad del tejido
 - integridad del tejido deteriorada 517
 - riesgo de deterioro de la integridad del tejido 519
 - perfusión tisular 150
 - ineffectuoperfusión tisular periférica eficaz 310
 - riesgo de disminución del tejido cardíaco perfusión 308
 - riesgo de ineffectuotejido cerebral efectivo perfusión 309
 - riesgo de ineffectuotejido periférico efectivo perfusión 311
- cuidado personal para ir al baño 150
 - déficit de autocuidado para ir al baño 319
 - déficit de autocuidado para ir al baño 319
 - tracto 172
- capacidad de transferencia 150
 - capacidad de transferencia deteriorada 289
 - trauma 150
 - riesgo de trauma vascular 494
- Modelo tripartito de práctica de enfermería 88, 89

U

- negligencia unilateral 325
 - negligencia unilateral
- 325 Estados Unidos
- 102 inestable 170
- Programa de Actualización en Diagnósticos de Enfermería (PRONANDA) 97
- impulso 170
- incontinencia urinaria de urgencia 53, 253
- urinario 172
- función urinaria 79

retención urinaria 79, 255

V

niveles de validez 59, 62

teoría de la validez 58

clase de congruencia valor / creencia / acción 150

clase de valores 150

vascular 172

venoso 172

respuesta ventilatoria al destete 150

- destete ventilatorio disfuncional del adulto respuesta 314

- destete ventilatorio disfuncional respuesta 312

comunicación verbal, comunicación verbal alterada 336

clase de violencia 150

W

caminando 150

- caminar impedido 290

errante 51, 150, 294

- errante 294

Los focos de los diagnósticos de enfermería en NANDA-I Taxonomía II y sus diagnósticos asociados comienzan en las siguientes páginas:

- planificación de actividades
- 403-404 tolerancia a la actividad 280-281 síndrome de abstinencia aguda de sustancias drome 436-437
- reacción adversa a los yodados medios de
- contraste 536 espacio libre de las vías respiratorias 468
- reacción alérgica 537
- ansiedad 405
- aspiración 469
- adjunto 369
- disreflexia autonómica 438, 440 campo de energía equilibrado 291 volumen de fluido equilibrado 243
- nutrición equilibrada 213
- bañarse autocuidado 316
- sangrado 470
- nivel de glucosa en sangre 236 imagen corporal 355
- producción de leche materna 216 amamantamiento 217, 219-220 Patrón de respiración 295 salida cardíaca 297, 299 función cardiovascular 300 proceso de maternidad 388, 390-391
- síndrome de dolor crónico 557 comodidad 551-552, 560-563 comunicación 335 confusión 326-328 estreñimiento 257, 259-260 contaminación 530, 532 continencia 265
- albardilla 407-412, 414-415 ansiedad por la muerte 416 Toma de decisiones 451 conflicto decisional 452 negación 418
- dentición 471
- desarrollo 568, 570
- Diarrea 267 asociado a la discapacidad incontinencia 249
- identidad familiar perturbada sindrome 370, 372
- síndrome de desuso 282 actividad de diversion
- compromiso 188
- vestirse de autocuidado 317 ojo seco 472
- autocuidado del ojo seco 473
- boca seca 475
- dinámica alimenticia 221-222 equilibrio de electrolitos 242
- eliminación 250 intento de fuga 192 toma de decisiones emancipada
- En g 453-455
- control emocional 329
- ejercicio de compromiso 196
- caídas 476, 478
- procesos familiares 373, 376-377 fatiga 292
- temor 419
- dinámica de alimentación 224
- alimentando el autocuidado 318
- mutilación genital femenina 521
- volumen de fluido 244-246
- síndrome del anciano frágil 193, 195 estreñimiento funcional 261, 263 el intercambio de gases 270
- motilidad gastrointestinal 268-269 afligido 421, 423-424
- salud 197
- comportamiento de salud 198
- literatura
- saludable 189
- mantenimiento de la salud
- comportamientos 199
- autogestión de la salud 201, 203-204
- comportamientos de mantenimiento del hogar 206-208
- esperar 341, 343
- dignidad humana 344
- hiperbilirrubinemia 238-239
- hipertermia 539
- hipotermia 540-542, 544
- transición de inmigración 395
- control de los impulsos 330
- incontinencia 251-254
- infección 466
- lesión 480-482, 484-485
- insomnio 274
- conocimiento 331-332
- el dolor del parto 558
- reacción alérgica al látex 538
- estilo de vida 190
- Función del hígado 240
- soledad 564
- autogestión del linfedema
- materno-fetal 392
- memoria 333
- síndrome metabólico 241
- movilidad 283-285
- regulación del estado de ánimo 425
- angustia moral 456
- desarrollo motor 571, 573
- integridad de la membrana mucosa 488, 490
- náusea 553
- abstinencia neonatal
- síndrome 442
- función neurovascular 491
- nutrición 215
- obesidad 226

lesión ocupacional 534
comportamiento organizado 443,
445-446
violencia dirigida por otros 522
exceso de peso 228, 230
dolor 554-555
paternidad 359, 361, 363
hipotermia perioperatoria 545
posicionamiento perioperatorio
 lesión 486
Identidad personal 345-346

trauma físico 492
envenenamiento
 535
síndrome postraumático 396,
 398 poder 426, 428-429
lesión por presión 495, 497, 499,
 501, 503, 505
 proteccion 209
síndrome de violación-trauma
 399
 relación 378-380
religiosidad 457-459
síndrome de estrés por
 reubicación 400,
 402
Resiliencia 430, 432-
 433 retencion 255-256
conflicto de roles 381
desempeño de roles 382
tensión de rol 364, 367
autocuidado 320
autoconcepto 347
violencia autodirigida 523
autoestima 348, 350-351, 353
automutilación 524, 526
auto-negligencia 321
función sexual 386
patrón de sexualidad 387
choque 507
sentado 287
integridad de la piel
 508, 510 dormir 276,
 278
 patrón del sueño 279
interacción social
 384 aislamiento
 social 565 tristeza
 434
 angustia espiritual 460, 462
 bienestar espiritual 449
 ventilación espontánea 305
 presión arterial estable 306
 de pie 288
 estrés 435
 respuesta chupar-tragar 232
 la muerte súbita 512
 suffubicación 513
 comportamiento suicida 528
 recuperación quirúrgica 514, 516
 infección del sitio quirúrgico 467
 tragar 234
 lesión térmica 487
 temorregulación 546-547
 proceso de pensamiento 334
 trombosis 307
 integridad del tejido 517, 519
 perfusión tisular 308-311
 cuidado personal para ir al baño
 319
 capacidad de transferencia 289
 trauma 494
 negligencia unilateral 325
 respuesta ventilatoria al
 destete 312, 314
 comunicación verbal 336
 caminando 290
 errante 294